

PERSÖNLICHKEIT UND SUIZIDRISIKO BEI
KÖRPERBEHINDERTEN JUGENDLICHEN

ARMIN SCHMIDTKE & KLAUS RIMPAU

FORSCHUNGSBERICHTE

AUS DEM

OTTO - SELZ - INSTITUT

FÜR

PSYCHOLOGIE UND ERZIEHUNGSWISSENSCHAFT

DER

UNIVERSITÄT MANNHEIM (WH)

PERSÖNLICHKEIT UND SUIZIDRISIKO BEI
KÖRPERBEHINDERTEN JUGENDLICHEN

ARMIN SCHMIDTKE & KLAUS RIMPAU

Forschungsbericht Nr. 5

1979

Erweiterte Fassung eines Beitrages in: MÜLLER-KÜPPERS, M.
& SPECHT, F. (Hg.). Recht, Behörde, Kind. Bern: Huber.

1. PROBLEMSTELLUNG

Die durch die Krankheitserfahrungen und Einschränkungen der Verhaltensmöglichkeiten Körperbehinderter entstehenden Konsequenzen im psychischen Bereich sind umstritten. Vor allem in der älteren Literatur lassen Begriffe wie "Krüppelseele" und "körperbehindertentypisches Verhalten" darauf schließen, daß zwischen körperlicher Beeinträchtigung und bestimmten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ein direkter Zusammenhang angenommen wurde, z.T. wurden "Krüppel" als eigene "Typen" gesehen (vgl. WINKLER 1931 in BRIEFS 1933). Diese Auffassungen werden jedoch zunehmend kritisiert, da einerseits in empirischen Untersuchungen kaum bedeutsame Unterschiede hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsvariablen zwischen der Gesamtgruppe der Körperbehinderten und Nichtbehinderten gefunden wurden, die diese Annahmen bestätigten (vgl. etwa BARKER, WRIGHT, MEYERSON & GONICK 1953, WRIGHT 1960, SHONTZ 1971, JANSEN 1975, MARQUARD, POPLOW & HILLIG 1976) und andererseits zunehmend immer häufiger die multifaktorielle Bedingtheit der Behinderungsfolgen betont wird (vgl. z.B. BLEIDICK 1975, BLEIDICK, HAGEMEISTER, KRÖHNERT, von PAWEL & RATH 1977, STEINHAUSEN 1977a).

So ist z.B. die familiäre Eingliederung und Einstellung der Familie von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die gesamte Selbsteinschätzung und somit auch die Lebensbewältigung des heranwachsenden Behinderten (JANSEN 1977), da sich diese Einstellung nicht nur im emotionalen Bereich, sondern auch im gesamten Erziehungsverhalten und allen damit zusammenhängenden Bereichen (Schul- und Berufswahl, Auswahl der Freunde usw.) äußert (vgl. z.B. SCHMIDT 1975). So wurde z.B. bei einer sehr großen Zahl von Müttern dysmelter Kinder "Entsetzen und Ablehnung" festgestellt. U.U. kann dadurch die Herstellung eines "normalen" Mutter-Kind Verhältnisses erschwert werden. STEINHAUSEN (1977e) ermittelte bei Müttern körperbehinderter Kinder im Vergleich zu Müttern gesunder Kinder eine geringere soziale Kontaktfähigkeit und vermutete durch die sich wechselseitig verstärkenden Mechanismen eine erschwerte soziale Integration der Kinder. Oft schwanken Eltern körperbehinderter Kinder auch zwischen extremer Zuwendung und Überbehütung und übersteigerten

Anforderungen, was zu Verunsicherung und Verwirrung führen kann (vgl. zusammenfassend BARKER et al. 1953, WRIGHT 1960, JANSEN 1975, KUNERT 1976).

Neben den familiären Verursachungsbedingungen psychischer Störungen wird in letzter Zeit auch zunehmend den damit interagierenden Reaktionen der Umwelt, insbesondere den Vorurteilen der Nichtbehinderten und deren Versuchen, Körperbehinderte als soziale Randgruppe zu etikettieren und zu isolieren, Beachtung geschenkt (vgl. GOFFMANN 1970, HORN 1970, 1975, JANSEN 1972, HAASER, 1975). Diese Stigmatisierung kann sich für den Betroffenen häufig als weitaus gravierender erweisen als die ursprüngliche körperliche Schädigung selbst (PAESLACK 1977, S.1922). So könnte z.B. der durch die Behinderung vorhandene oder eintretende Verlust des Selbstwertgefühls, das dadurch entstehende negative Selbstbild (JANZOWSKI & ÖSTERWITZ 1977) und die sehr große Diskrepanz zwischen Selbst- und Idealbild (vgl. zur REDDEN 1931, ROZUMEK 1931, MARUM 1933) z.T. auch durch die reale wie auch vermutete Beurteilung durch die Umwelt ("Looking-Glass-Self" (LGS) i.S. COOLEY's, vgl. LAING, PHILLIPSON & LEE 1966) erklärt werden. Die vermutete Beurteilung - wie man glaubt von anderen gesehen zu werden - stellt nämlich einen wesentlichen Bezugspunkt für die reale Selbsteinschätzung dar, und es scheint bei negativen vermuteten Beurteilungen, die bei Körperbehinderten wohl anzunehmen sind (vgl. SCHÖNBERGER 1977), zu einer generellen negativen Selbstbewertung zu kommen.

Mit dieser Problematik eng verknüpft ist auch die der Chancengleichheit in Ausbildung und Beruf (vgl. KUHLEIN 1978), da z.B. nur ein geringer Prozentsatz körperbehinderter Kinder eine ihren Bedürfnissen entsprechende Schule besuchen kann, es Lehrern oft schwerfällt, sich solche Kinder in einer normalen Schule vorzustellen (JANSEN 1977) und oft krankheitsbedingt erhebliche Fehlzeiten auftreten (vgl. STEINHAUSEN 1977a,d, SACHSSE 1978). Auch ist ein relativ großer Prozentsatz körperbehinderter Jugendlicher und Erwachsener arbeitslos (vgl. KLEE 1974, BLEIDICK et al. 1977, STEINHAUSEN 1977a,c,d).

Umstritten ist ferner, ob bei den psychischen Folgen von Körperbehinderungen nicht noch zwischen verschiedenen Subgruppen Körperbehinderter

unterschieden werden muß (vgl. z.B. McDANIEL 1969, SHONTZ 1971). Art und Ausmaß der psychischen Reaktionen auf die Körperbehinderung scheinen so weniger durch die Art der Behinderung selbst als vielmehr durch andere Faktoren bestimmt zu werden. In diesem Zusammenhang wären zunächst unterschiedliche Auswirkungen zu verschiedenen Zeitpunkten nach Eintritt der Behinderung zu nennen. So sollen kurz nach Eintritt der Behinderung erhöhte Depressivität und Aggressivität festzustellen sein, wie auch erhöhte Aggressivität im Verlaufe der beruflichen Rehabilitation, was hier u.U. auch als Folge der Streßbedingungen interpretiert werden könnte (vgl. GUTTMANN 1956, JANSEN 1975, JANZOWSKI & ÜSTERWITZ 1977).

Ausprägungsgrad wie Chronifizierung psychischer Störungen sollen auch mit der Dauer der Behinderung zunehmen (WRIGHT 1960, FREYBERGER 1972). Zahlreiche Autoren beschreiben so auch schwere psychische Störungen bei Kindern mit angeborenen Behinderungen und vertreten die Meinung, daß ältere Personen eine Körperbehinderung eher bewältigen als jüngere (vgl. z.B. GOFFMANN 1970, BRÜCKMANN, KÖBNER & NICKEL 1975). Andererseits sollen jedoch jüngere oder schon längerfristig Behinderte die Behinderung eher akzeptieren (BELL 1967). Spätgeschädigte Kinder sollen auch eher unter einem "Erkenntnisschock" leiden und ihr Streben nach dem Normalzustand soll wesentlich ausgeprägter sein als bei Kindern, die den Normalzustand vorher nie kennenlernten (WEGENER 1959). Ähnlich argumentiert auch KAMARAS (1974), der meint, daß Kinder mit angeborenen Mißbildungen relativ selten SMV begingen, da für sie die Behinderung selbstverständlich sei. Auch die Befunde von WEIMANN (1978), der bei insgesamt 130 Behinderten feststellte, daß in der Kindheit erworbene Beeinträchtigungen besser oder zumindest anders kompensiert werden als später erworbene, stützen diese Auffassung.

Die geringe Übereinstimmung der verschiedenen Untersuchungen ließe sich möglicherweise durch unterschiedlich definierte Stichproben und verwandte Verfahren erklären (vgl. JANZOWSKI & ÜSTERWITZ 1977). Die Hypothesen über die Auswirkungen des Behinderungseintritts sind daher insgesamt noch als ungesichert anzusehen, da zusätzlich auch noch Geschlecht und bei den

später Geschädigten die "prämorbid" Persönlichkeit wichtig zu sein scheinen. Einig ist man sich jedoch nach überwiegender Auffassung, daß sehr kritisch die Situation jugendlicher Körperbehinderter in der Pubertät zu sein scheint (vgl. z.B. ZUMPE 1966, SCHMIDT 1975).

Ein weiterer Faktor wäre, ob die Behinderung durch einen Unfall (z.B. auch Kriegsfolgen) oder infolge einer länger dauernden Krankheit erfolgte (vgl. BARKER et al. 1953, JANSEN 1975), da sowohl die Einstellungszeit auf die Behinderung, wie deren reale und vermutete Einschätzung durch die Gesellschaft differiert. Im Zusammenhang damit steht auch der Grad der Behinderung (etwa äußerlich sichtbar vs. nicht sichtbar), obwohl auch hierzu bisher in der Literatur unterschiedliche Ansichten vertreten werden. Sie reichen von der Annahme einer positiven Beziehung zwischen Schwere der Behinderung und Ausmaß der seelischen Störungen - da etwa mit schweren Körperbehinderungen eine größere Abhängigkeit und Isolation verbunden sei - bis zur Annahme einer gerade umgekehrten Abhängigkeit. So sollen Leichtbehinderte eher als Schwerbehinderte, die sich mit ihrer Situation abfinden, geneigt sein, mit Gesunden in Wettbewerb zu treten bzw. könnten leicht behinderte Kinder und Jugendliche eher durch die Eltern überfordert und dadurch öfter frustriert werden (WEGENER 1959, JANSEN 1974); außerdem zeigten Schwerstbehinderte die differenzierteste und realistischste Zukunftsbeurteilung (JANSEN 1975).

Die psychischen Auswirkungen scheinen auch vom Geschlecht des Behinderten und damit interagierend bestimmten Entwicklungsstadien und Bereichen abhängig zu sein. So geben nach WEIMANN (1978) weibliche Körperbehinderte häufiger Minderwertigkeitsgefühle an, resignieren eher und haben auch häufig größere Schwierigkeiten bei Familiengründungen (JANSEN 1972, WEIMANN 1978). Nach DORPAT et al. (1968) und WEINBERG (1970) wäre jedoch anzunehmen, daß männliche Behinderte größere psychische Störungen entwickeln. Jungen und Mädchen scheinen auch zu unterschiedlichen Zeiten in und nach der Pubertät besonders stark ihre Behinderung abzulehnen (FRANKE 1932 zit. nach BARKER et al. 1953).

Auch die Frage, ob im Zusammenhang mit den psychischen Folgen von Körperbehinderungen die Auftretenswahrscheinlichkeit suizidalen Verhaltens erhöht ist, ist noch umstritten. LUTZ (1977) ermittelte bei einer Durchsicht von bis 1977 erschienenen Arbeiten zur psychischen Problematik bei Körperbehinderungen Bewertungen für das Auftreten suizidalen Verhaltens, die von "selten" bis zur Einstufung als besondere Risikogruppe reichen. Letztere Bewertung ließe sich z.T. auch durch Literatur, die sich primär mit Suizidversuchen und Suiziden beschäftigt und häufig Behinderungen bzw. chronische Erkrankungen als Gründe für suizidales Verhalten anführt (vgl. z.B. STEWART 1957, 1960, DORPAT, ANDERSON & RIPLEY 1968, PÖLDINGER 1969, DUBOVSKY 1978) stützen.

Die sich zum Teil widersprechenden Einschätzungen des Suizidrisikos könnten - abgesehen von den unterschiedlichen methodischen Ansätzen - möglicherweise durch unterschiedlich wirksame "intervenierende" psychische Variablen erklärt werden, da Körperbehinderungen wohl nicht per se, sondern erst im Zusammenhang mit den daraus entstehenden Konsequenzen als "suizidogener Faktor" wirksam ist.

Nur über diese in der Literatur beschriebenen möglichen Folgen, wie z.B. soziale Isolation, große Abhängigkeit von Bezugspersonen, Schwierigkeiten bzw. Verlust von Partnerbeziehungen - insbesondere im sexuellen Bereich -, Schwierigkeiten bei der Schul- und Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit, Stress, Furcht vor Schmerzen, Verlagerung des "locus of control" in Richtung externer Kontrolle, Verlust des Selbstwertgefühls und dadurch entstehendes negatives Selbstbild, Selbstaggression und Depression, die in der Literatur zu Suiziden und Suizidversuchen sehr häufig als mitverursachende Faktoren suizidalen Verhaltens beschrieben werden, könnte wohl ein funktionaler Zusammenhang zwischen Behinderung und suizidalem Verhalten angenommen werden.

Möglicherweise lassen sich dadurch auch die Tatsache, daß auch Ptn, die nur an chronischen Krankheiten zu leiden glauben, als besondere Risikogruppe angesehen werden (PÖLDINGER & SONNECK 1974) und die Unterschiede für Suizid und SMV sowie für verschiedene Teilpopulationen erklären. Die erhöhte Auftretenswahrschein-

lichkeit suizidalen Verhaltens in bestimmten Stichproben Körperbehinderter könnte dann auf die für verschiedene Individuen unterschiedliche Art und Anzahl der negativen Folgen zurückgeführt werden, wobei noch unklar ist, ob zwischen den verschiedenen Faktoren additive oder multiplikative Zusammenhänge anzunehmen sind.

So wird vermutet, daß bei Männern (vgl. BRIEFS 1933, MÜNSTER 1940, BAUER 1953, DORPAT et al. 1968, WEINBERG 1970), insbesondere in den ersten Phasen nach Eintritt einer Körperbehinderung (vgl. z.B. LUNDT 1972), bei sichtbaren Behinderungen (DORPAT et al. 1968, WEINBERG 1970, DUBITSCHER 1971, KAMARAS 1974) und sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen insbesondere in und nach der Pubertät (vgl. z.B. ZUMPE 1966, SCHMIDT 1975) eine erhöhte Neigung zu Suizidgedanken und Suizidtendenzen besteht. Empirische Untersuchungen zu diesem Problemkreis - insbesondere bei Jugendlichen - liegen jedoch bisher kaum vor.

Eine frühe Untersuchung wurde von BRIEFS (1933) publiziert, der sehr geringe Quoten ermittelt hatte. Von 343 Personen, die schon als Jugendliche körperbehindert waren, hatten zwei Suizid und vier Suizidversuche begangen (5♂, 1♀). Fünf davon ereigneten sich im dritten Lebensjahrzehnt. Zwei weitere Pt erwogen Suizidpläne. Auch CAMERON, van HOECK, WEISS & KOSTIN (1971) wollen bei 144 Behinderten (malformed - allerdings waren 11 Blinde und 4 Hörgeschädigte miteingeschlossen) - weniger suizidale Tendenzen (Gedanken und Versuche) als bei 151 "Normalen" gefunden haben (SMV-Rate bei den Körperbehinderten 2,1%).

Ziel der vorliegenden Erkundungsstudie war daher, eine Reihe der aufgrund des postulierten funktionalen Zusammenhanges ableitbaren Hypothesen zum Auftreten suizidalen Verhaltens bei Körperbehinderten für Jugendliche zu überprüfen und unter Umständen Hinweise auf pathognostische wie auch pathometrische Prädiktoren suizidalen Verhaltens (vgl. SCHMIDTKE 1976) für diese Kriteriengruppe im Sinne einer differentiellen Diagnostizierbarkeit zu ermitteln. Dies scheint insbesondere dann relevant, wenn etwa suizidales Verhalten als "Problemlösungsverhalten" definiert wird, dem eine längere Lerngeschichte vorausgeht (vgl. z.B. BOSTOCK & WILLIAMS 1974, LAUTERBACH 1977, SCHMIDTKE 1977), die unter Umständen eine rechtzeitige Krisenintervention erlaubt.

Aufgrund der oben ausgeführten bisherigen Annahmen und empirischen Ergebnisse wurden folgende globale Hypothesen aufgestellt:

1. Bei der Gesamtgruppe der körperbehinderten Jugendlichen bestehen im Vergleich zu normalen Jugendlichen erhöhte Suizidtendenzen. Dies kovariiert aufgrund des postulierten funktionalen Zusammenhanges mit erhöhter sozialer Isolierung, Depressivität, Selbstaggression, negativem Selbstbild, großer Selbst-Ideal-Diskrepanz und negativer vermuteter Beurteilung (LGS).
2. Bezüglich der Subgruppen wurde angenommen, daß:
 - a) männliche körperbehinderte Jugendliche mehr Suizidgedanken und ausgeprägtere Suizidtendenzen aufweisen als weibliche Jugendliche.
 - b) Jugendliche mit angeborenen oder sehr früh erworbenen Behinderungen weniger psychische Störungen und Suizidtendenzen aufweisen als Jugendliche, die ihre Behinderung erst später erworben haben.
 - c) Jugendliche mit schweren und äußerlich sichtbaren Behinderungen ausgeprägtere psychische Störungen und Suizidtendenzen aufweisen als Jugendliche mit leichteren und nicht direkt erkennbaren Behinderungen.

2. UNTERSUCHUNG

2.1 Stichproben

2.1.1 Körperbehinderte (KB)

Untersucht wurden 81 körperbehinderte Jugendliche (52 ♂ und 29 ♀) aus drei Institutionen bzw. Schulen für Körperbehinderte in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (die Jugendlichen zweier Institutionen lebten zur Zeit der Untersuchung im Internat).¹⁾ Bei der Auswahl der Körperbehinderten wurden die Definitionen von WEGENER (1959), KUNERT (1976) und des BSHG § 39.1 zugrundegelegt.²⁾ Das Alter der Stichprobe streute zwischen 14 und 18 Jahren (AM: 16;0 σ: 1;4, ♂ AM 16;2 σ: 1;6, ♀ AM 15;8 σ: 0;11).

- 1) Schule für körperlich behinderte Jugendliche Landau-Queichheim, Rudolf-Dietrich-Schule Mannheim und Reha-bilitationszentrum für Kinder und Jugendliche Neckar-gemünd. Allen beteiligten Institutionen sei an dieser Stelle für die Mithilfe bei der Durchführung der Unter-suchung gedankt.
- 2) Das Fehlen einer allgemeingültigen Definition von "Kör-perbehinderung" wird durch die Vielzahl der in der Lite-ratur verwendeten Beschreibungen dokumentiert. Die Varia-tionsbreite reicht dabei - ähnlich wie bei der Definition von Behinderung allgemein (vgl. SCHMIDT 1976) - von rein medizinischen Kriterien (unterschiedlicher Art) bis zu Klassifikationsansätzen, die auch psychische und soziale Folgen miteinbeziehen. Auch WEGENER (1959) bezieht die Auswirkungen mit ein, wenn er als körperbehindert Kinder und Jugendliche bezeichnet, die infolge von körperlichen Mißbildungen, Wachstums- und Funktionsstörungen dauernd in der Ausübung altersgemäßer Tätigkeiten wesentlich be-einträchtigt sind. Im engeren Sinne werden dabei meist vor allem Individuen mit Fehlformen und Fehlfunktionen des Stütz- und Bewegungssystems verstanden, da Sinnesge-störte, Sprachgestörte und Hirngeschädigte meist als ge-sonderte Gruppe behandelt werden (WEGENER 1959, S.435). Ähnlich erweitert auch KUNERT (1976) die Definition des BSHG § 39.1: "Körperbehinderte sind Personen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung ihres Stütz- und Bewegungssystems nicht nur vorübergehend we-sentlich behindert sind oder bei denen wesentliche Spalt-bildungen des Gesichts oder des Rumpfes bestehen" um psy-chologische und sozialpsychologische Folgen.
Lt. Mikrozensus - Zusatzbefragung (vgl. KERKHOFF 1976) wurden 1974 in der BRD 0.48% körperbehinderte Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre an der gleichaltrigen Gesamtbevöl-kerung ermittelt, wobei der größte Teil dieser Gruppe auf-grund angeborener Leiden, der geringere Teil aufgrund von Krankheits- und Unfallfolgen behindert ist. Der Anteil der Körperbehinderten insgesamt, wie besonders auch letzterer Gruppe soll sich aber infolge verbesserter medizinischer Möglichkeiten vergrößern: So werden nach Schätzungen der Stiftung Rehabilitation Heidelberg (UNI 1978, 2(3), S.7) jährlich etwa 45.000 Kinder mit Behinderungen geboren und etwa die gleiche Zahl durch Erkrankungen und Unfälle behin-dert (in diese Zahlen sind allerdings nicht nur Körperbehin-derte im engeren Sinn einbezogen). LEYENDECKER & NEUMANN (1978) nehmen die Zahl körperbehinderter Kinder im schul-pflichtigen Alter mit nahezu 100.000 an, wovon etwa 50% Kinder mit zerebralen Bewegungsstörungen seien.

Um das Verständnis der Testaufgaben und Testanweisungen sicherzustellen, wurden in Anlehnung an STEINHAUSEN (1977b) nur solche Pbn ausgewählt, deren IQ über 85 lag. Implizites Selektionskriterium war ferner die Teilnahmebereitschaft an der Untersuchung. Tabelle 1 gibt eine Stichprobenübersicht, unterteilt nach Kriterien Geschlecht, erworbene vs. angeborene und Art der Behinderung.

Tab. 1: Beschreibung der körperbehinderten Jugendlichen

Art der Behinderung	angeboren		erworben		Gesamt
	♂	♀	♂	♀	
Zerebralpareesen	11	6	3	1	21
Querschnittslähmung	7	3	4	3	17
Dysmelie	3	9			12
Muskeldystrophie	5	1	1		7
Hämophilie	6		1		7
Spina Bifida	4	1			5
Poliomyelitis	2	1		1	4
Hüftversteifung	2	1			3
Sonstige (z.B. Rückgradverkrümmung, "Glasknochen", Kleinwuchs)	3	2			5
Gesamt	43	24	9	5	81

Inwieweit diese Stichprobe tatsächlich repräsentativ für die "normalintelligenten" körperbehinderten Jugendlichen ist, konnte nicht überprüft werden. Die Teilstichprobe der körperbehinderten Jugendlichen aus den verschiedenen Institutionen wurden jedoch miteinander verglichen, um eventuelle, durch die Selektion der Institution bedingte, Unterschiede zu ermitteln. Bis auf die durchschnittliche Intelligenz - hier unterschieden sich die verschiedenen Institutionen insgesamt überzufällig, dieses Kriterium war aber aufgrund der Stichprobenselektion nicht relevant, da minderbegabte Pbn nicht in die endgültige Stichprobe aufgenommen wurden - waren keine wesentlichen überzufälligen Differenzen in allen Verfahren zu ermitteln, die dagegen sprachen, die Jugendlichen der verschiedenen Institutionen zusammenzufassen.

2.1.2 Vergleichsstichproben

2.1.2.1 Jugendliche nach einem Suizidversuch (SMV)

Es handelt sich hierbei um Jugendliche (33 ♂ , 84 ♀), die innerhalb eines Zeitraumes von 3 Wochen nach einem Suizidversuch entweder in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken oder ambulant untersucht wurden.

2.1.2.2 Psychisch auffällige Jugendliche (KLIN)

Diese Jugendlichen befanden sich wegen verschiedener Symptomatik entweder in stationärer oder ambulanter psychiatrischer Behandlung und hatten innerhalb der letzten Zeit keinen Suizidversuch durchgeführt (35 ♂ , 44 ♀).

2.1.2.3 Normale Jugendliche (VGL)

Es handelt sich um nicht auffällige Jugendliche (131 ♂ , 150 ♀), die in verschiedenen Schulen, Freizeitinstitutionen, Jugendgruppen o.ä. auf freiwilliger Basis an der Untersuchung teilnahmen und bezüglich verschiedener Merkmale - etwa Schichtzugehörigkeit der Eltern, Größe der Wohngemeinde, um die Vergleichbarkeit mit der Normalbevölkerung zu gewährleisten - ausgewählt worden waren.

Alle Vergleichsstichproben, deren Werte innerhalb anderer Untersuchungen (vgl. z.B. SCHMIDTKE 1976, 1977) erhoben wurden, umfaßten den gleichen Altersbereich wie die körperbehinderten Jugendlichen. Die Altersmittelwerte und Streuungen der verschiedenen Gruppen unterschieden sich nicht überzufällig.

2.2 Verfahren

Zur Erfassung der biographischen Variablen und Persönlichkeitsstörungen, die mit Suizidalität im Zusammenhang stehen bzw. Prädiktoren suizidalen Verhaltens sein sollen, wurden folgende Verfahren durchgeführt:

2.2.1 Anamnestiche Erhebung der biographischen Variablen

(vgl. SCHMIDTKE 1976):

"Broken Home" / Dysfunktionale Familie

Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen

Fehlende religiöse Bindung

Psychiatrische Diagnose

Verwahrlosungstendenzen

Stressituation

Schulische/Berufliche Schwierigkeiten

Sucht (Drogen/Alkoholismus)

Suizide / Suizidversuche in der Familie

Eigene Suizidankündigungen, -drohungen

Eigene Suizidversuche

2.2.2 "EYSENCK-Persönlichkeitsinventar" (EPI) in der deutschen Fassung von EGGERT (1974) zur Erfassung der Dimensionen "Neurotizismus" und "Extraversion - Introversion"

2.2.3 Die Bereiche "Selbst" und "Ich und die anderen" des "Problemfragebogens für Jugendliche" (PFB) von SÜLLWOLD & BERG (1967)

2.2.4 Der "Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren" (FAF) von HAMPEL & SELG (1975)

2.2.5 Beurteilungen des "Selbst-" und "Idealbildes" sowie der vermuteten Beurteilung durch die Umwelt ("Looking-Glass Self") mittels eines siebenstufigen Semantischen Differentials (vgl. SCHMIDTKE 1977). Berechnung der Ähnlichkeit/Differenzen zwischen den verschiedenen Beurteilungen (vgl. SCHALLER 1973, SCHMIDTKE, GROFFMANN & SCHALLER 1978)

2.2.6 Der "Fragebogen zur Beurteilung der Suizidgefahr" (FBS) von STORK (1972).

2.3 Untersuchungsablauf

Die körperbehinderten Jugendlichen wurden im Zeitraum August 1976 bis Februar 1977 untersucht. Alle Pbn nahmen freiwillig teil. Die reine Testdauer (ohne Pausen) betrug im Durchschnitt 2,5 Stunden. Die Anamneseerhebungen wurden einzeln, die Testuntersuchungen zum Teil in kleinen Gruppen durchgeführt. Die Daten der Vergleichsstichprobe wurden im Zeitraum 1973 bis Ende 1977 erhoben.

2.4 Ergebnisse

2.4.1 Vergleiche der Teilstichproben der Körperbehinderten

Um die Hypothesen bezüglich der verschiedenen Subgruppen der Körperbehinderten überprüfen zu können, wurden folgende Unterteilungen vorgenommen:

- a) angeboren und früh erworben (bis 3. Lebensjahr) vs. spät erworben (ab 9. Lebensjahr) - die "Mittelgruppe" wurde bei diesem Extremgruppenvergleich nicht berücksichtigt
- b) äußerlich sichtbar vs. nicht sichtbar (d.h. äußerlich nicht direkt als Behinderter erkennbar)

Die Vergleiche der verschiedenen Subgruppen erbrachten weder bei den biographischen Angaben noch bei den Werten in den Testverfahren und den Einzelskalen der Semantischen Differentiale überzufällige Unterschiede, die die eingangs aufgestellten Hypothesen bestätigten und dagegen sprachen, für diese Erkundungsstudie die Gruppe der Körperbehinderten zunächst als einheitliche Gruppe zu betrachten.

Die Prozentangaben sowie den "Gesamtwert" der zutreffenden biographischen Variablen, die Mittelwerte und Streuungen in den Testverfahren, die mittleren Beurteilungsprofile für die Gesamtgruppe der Körperbehinderten sowie die relevanten Ergebnisse der Vergleichsgruppen - jeweils getrennt nach Geschlecht - geben die Tabellen 2 a - 2 d wieder.

Tab. 2a: Prozentuale Häufigkeit des Zutreffens biographischer Variablen

	KB			SMV			KLIN			VGL		
	d	f	Ges	d	f	Ges	d	f	Ges	d	f	Ges
"Broken home" / Dysfunktionale Familie	13.7	17.9	15.2	54.5	44.0	47.0	50.0	46.3	48.0	15.6	23.5	20.4
Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen	19.6	14.3	17.7	42.4	54.8	51.3	17.6	17.1	17.3	3.9	6.7	5.6
Fehlende religiöse Bindung	51.0	75.0	59.5	45.5	66.7	60.7	35.3	29.3	32.0	45.5	48.7	47.4
Psychiatrische Diagnose	0.0	0.0	0.0	48.5	39.3	41.9	94.1	63.4	77.3	5.3	6.0	5.7
Verwahrlosungstendenzen	2.0	0.0	1.3	33.3	36.9	35.9	35.3	39.0	37.3	3.9	2.5	3.1
Stresssituation	19.6	10.7	16.5	36.4	29.8	31.6	14.7	14.6	14.7	11.7	9.2	10.2
Berufliche, schulische, finanzielle Schwierigkeiten	19.6	39.3	26.6	69.7	56.0	59.8	61.8	53.7	57.3	19.5	21.0	20.4
"Sucht" (Drogen/Alkohol)	0.0	0.0	0.0	27.3	35.7	33.3	35.3	39.0	37.3	2.4	3.5	2.8
Suizidversuche/Suizide in der engeren Familie	4.0	7.1	5.1	21.2	16.7	17.9	11.8	12.2	12.0	6.5	10.1	8.7
Suizidankündigungen	2.0	3.6	2.6	36.4	41.7	40.2	8.8	17.1	13.3	3.9	8.4	6.6
Suiziddrohungen	2.0	3.6	2.6	57.6	59.5	59.0	2.9	22.0	13.3	3.9	4.1	4.0
Eigene frühere Suizidversuche	2.0	3.6	2.6	57.6	59.5	59.0	2.9	22.0	13.3	3.9	4.1	4.0

Tab. 2b: Verteilungskennwerte des "Gesamtwertes" der biographischen Variablen

	\bar{x}	s	Median	Schiefte	Exzess	Min.Max.
KB	3.24	1.46	3.04	0.452	-0.595	1 6
KB δ	3.14	1.53	2.94	0.494	-0.623	1 6
KB η	3.43	1.35	3.20	0.480	-0.535	1 6
SMV	5.09	2.04	5.02	0.440	0.200	1 11
SMV δ	5.06	2.03	5.00	0.190	-1.000	2 9
SMV η	5.10	2.05	5.03	0.530	0.630	1 11
KLIN	3.92	2.00	3.50	1.010 ⁺⁺¹⁾	1.160 ⁺	1 10
KLIN δ	4.00	1.79	3.86	1.000 ⁺	1.970 ⁺	1 10
KLIN η	3.85	2.17	3.32	1.030 ⁺	0.730	1 10
VGL	1.78	1.47	1.57	1.490 ⁺⁺	3.940 ⁺⁺	0 9
VGL δ	1.45	1.33	1.19	1.160 ⁺⁺	1.210 ⁺	0 6
VGL η	1.98	1.53	1.82	1.610 ⁺⁺	4.640 ⁺⁺	0 9

1) + = p < .05

++ = p < .01

+++ = p < .001

Die Auswertungen wurden am Rechenzentrum der Universität Mannheim durchgeführt. Die Mittelwerte, Verteilungskennwerte, Varianzanalysen und t-Tests wurden mit dem Programm SPSS (NIE et al. 1975), die Profilkorrelationen mit dem Programm SEMDIFF (AUFSATTLER, W.) berechnet. Ergebnisse werden als signifikant bezeichnet, wenn ein Signifikanzniveau von 5% (zweiseitige Testung) erreicht wurde.

Tab. 2c: Verteilungskennwerte der Testverfahren

		\bar{x}	n	Median	Schiefe	Exzess	Min.	Max.
EPI/N	KB♂	8.14	3.77	8.33	0.07	-1.00	2	16
	KB♀	8.28	3.98	7.67	0.59	0.37	0	18
	SMV♂	13.04	5.42	14.75	-0.62	-0.84	2	20
	SMV♀	12.89	5.52	13.50	-0.09	-0.66	1	23
	KLIN♂	10.92	5.55	12.00	-0.11	-0.65	1	22
	KLIN♀	11.90	5.67	12.00	-0.12	-1.00	1	22
	VGL♂	8.73	4.16	8.79	0.18	-0.47	0	19
	VGL♀	10.46	4.04	10.75	0.13	-0.07	2	20
EPI/E	KB♂	13.18	3.20	12.86	-0.68	1.43	2	19
	KB♀	12.52	3.50	12.63	-0.17	-0.05	4	20
	SMV♂	10.23	4.23	9.50	0.25	-1.02	4	19
	SMV♀	11.12	4.98	11.10	0.19	-0.29	1	23
	KLIN♂	10.20	4.47	10.00	0.23	-0.89	3	19
	KLIN♀	11.19	3.68	12.57	-0.78	-0.16	2	17
	VGL♂	14.82	3.01	15.00	-0.16	-0.66	8	21
	VGL♀	14.98	3.53	15.33	-0.70 ⁺¹⁾	1.64	3	22
EPI/L	KB♂	4.26	1.50	4.27	0.03	-1.01	2	7
	KB♀	3.83	1.37	3.82	0.40	-0.41	2	7
	SMV♂	4.65	1.62	4.50	0.46	-0.31	2	8
	SMV♀	4.32	1.60	4.13	0.36	-0.51	1	8
	KLIN♂	4.16	1.89	4.00	0.12	-0.91	1	7
	KLIN♀	4.30	1.75	4.30	0.28	-0.86	2	8
	VGL♂	4.20	1.58	4.27	-0.38	0.03	0	7
	VGL♀	3.84	1.59	3.88	0.02	-0.67	1	7
<hr/>								
PFB/"Über mich selbst"	KB♂	36.80	17.94	36.00	1.46 ⁺⁺	4.51 ⁺⁺	11	112
	KB♀	44.07	17.50	42.00	0.23	-0.63	14	80
	SMV♂	56.89	27.52	59.50	-0.02	-0.56	5	114
	SMV♀	53.51	27.67	52.50	0.22	-0.92	7	115
	KLIN♂	48.48	25.68	50.80	0.30	-0.53	4	110
	KLIN♀	53.24	27.15	47.50	0.19	-0.87	2	109
	VGL♂	43.16	21.00	46.70	0.26	-0.06	7	98
	VGL♀	42.38	19.67	43.30	0.19	-0.18	6	97
PFB/"Ich und andere"	KB♂	40.73	23.21	40.20	1.07 ⁺⁺	1.72 ⁺	1	122
	KB♀	44.78	19.20	44.80	0.57	0.61	10	98
	SMV♂	53.23	27.92	54.00	0.21	-0.53	7	111
	SMV♀	46.20	27.37	42.20	0.62 ⁺	-0.35	6	114
	KLIN♂	50.97	32.24	45.50	0.87 ⁺	0.20	6	129
	KLIN♀	54.38	26.82	56.50	-0.09	-0.81	4	103
	VGL♂	45.17	21.40	43.00	0.42	0.14	9	96
	VGL♀	39.51	20.61	37.00	0.42	0.05	1	103

1) + = $p < .05$ ++ = $p < .01$

Tab. 2c: (Fortsetzung)

			\bar{x}	s	Median	Schiefte	Exzess	Min.	Max.
FBS	KB-Gesamt		16.97	9.75	15.60	0.80 ⁺⁺	0.31	3	49
	KB♂		16.37	10.06	14.80	0.92 ⁺	0.71	3	49
	KB♀		18.04	9.26	16.80	0.64	-0.48	5	37
	SMV-Gesamt		30.51	11.39	30.60	-0.24	-0.18	0	56
	SMV♂		32.27	12.94	33.50	-0.68	-0.26	1	50
	SMV♀		29.84	10.75	28.30	-0.04	0.01	0	56
	KLIN-Gesamt		26.68	13.11	27.50	-0.04	-0.84	2	55
	KLIN♂		26.39	13.56	29.00	-0.06	-1.04	3	51
	KLIN♀		26.90	12.89	27.30	-0.03	-0.67	2	55
	VGL-Gesamt		20.43	10.91	18.20	0.49	-0.46	0	50
	VGL♂		20.02	11.04	17.00	0.48	-0.64	0	48
	VGL♀		20.79	10.83	20.00	0.49 ⁺	-0.28	1	50
FAF	KB♂	Spontane Aggr.	4.43	1.55	4.23	0.52	-0.27	2	8
	KB♂	Reaktive Aggr.	4.80	1.66	4.67	-0.03	-0.12	1	9
	KB♂	Erregbarkeit	5.22	1.85	5.25	-0.49	0.16	1	9
	KB♂	Depression	5.14	2.46	5.00	0.08	-1.18	1	9
	KB♂	Aggr.hemmung	4.82	2.06	4.87	0.02	-0.83	1	9
	KB♂	Offenheit	4.53	1.99	4.05	0.58	-0.51	1	9
	KB♂	Summe Aggr.	4.67	1.83	4.56	-0.05	-0.74	1	8
	KB♀	Spontane Aggr.	4.93	1.92	5.00	-0.02	-0.51	1	9
	KB♀	Reaktive Aggr.	4.89	1.99	4.80	0.24	-0.25	1	9
	KB♀	Erregbarkeit	4.79	1.45	4.79	-0.14	-0.73	2	7
	KB♀	Depression	5.50	1.60	5.38	-0.19	-0.67	2	8
	KB♀	Aggr.hemmung	3.43	1.10	3.20	0.27	1.27	1	6
	KB♀	Offenheit	4.39	1.81	4.50	0.31	-0.67	2	8
	KB♀	Summe Aggr.	5.07	1.94	5.17	0.21	-0.50	2	9
	VGL♂	Spontane Aggr.	5.06	1.67	5.04	-0.16	-0.39	1	8
	VGL♂	Reaktive Aggr.	4.86	1.81	4.89	-0.33	-0.50	1	8
	VGL♂	Erregbarkeit	5.32	1.98	5.61	-0.41	-0.11	1	9
	VGL♂	Depression	5.33	2.30	5.35	-0.12	-0.81	1	9
	VGL♂	Aggr.hemmung	4.03	1.64	4.23	-0.09	-0.57	1	8
	VGL♂	Offenheit	4.73	2.28	4.79	0.17	-0.65	1	9
	VGL♂	Summe Aggr.	5.06	1.80	5.27	-0.36	-0.14	1	9
	VGL♀	Spontane Aggr.	4.94	1.82	5.06	-0.32	-0.43	1	9
	VGL♀	Reaktive Aggr.	5.42	2.13	5.36	-0.24	-0.80	1	9
	VGL♀	Erregbarkeit	5.81	1.72	5.77	0.31	-0.74	3	9
	VGL♀	Depression	5.45	1.75	5.50	-0.68 ⁺	-0.02	1	8
	VGL♀	Aggr.hemmung	3.28	1.70	3.10	0.35	-0.68	1	7
	VGL♀	Offenheit	5.44	1.89	5.29	0.04	-0.28	1	9
	VGL♀	Summe Aggr.	5.67	1.74	5.73	-0.24	-0.56	2	9

1) + = $p < .05$ ++ = $p < .01$

Tab. 2d: Mittelwerte und Streuungen der Selbst- und Idealbilder sowie des LGS-Umwelt der körperbehinderten Jugendlichen

Skala	d						g					
	Selbstbild		Idealbild		LGS-Umwelt		Selbstbild		Idealbild		LGS-Umwelt	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
verantwortungslos-verantwortungsvoll	5.26	1.22	5.98	1.49	4.86	1.54	5.21	1.40	5.79	1.01	4.48	1.78
verkrampft-entspannt	4.55	1.52	6.16	1.08	4.63	1.50	4.86	1.55	6.24	1.12	4.25	1.87
sympathisch-unsympathisch	3.11	1.66	1.86	1.31	3.09	1.48	2.82	1.42	1.83	1.07	2.96	1.76
geduldig-ungeduldig	2.78	1.52	1.93	1.47	3.03	1.71	3.38	2.06	1.79	0.88	3.35	1.87
gerecht-ungerecht	2.68	1.39	1.68	1.20	2.77	1.17	2.38	0.90	1.66	0.86	2.91	1.51
stark-schwach	3.30	1.68	1.87	1.39	3.51	1.76	3.59	1.40	2.15	0.91	3.70	1.72
gefühlvoll-gefühllos	2.43	1.12	1.87	1.22	3.27	1.63	2.48	1.41	2.03	0.91	3.04	1.71
frei-unfrei	2.82	1.67	1.54	1.01	2.77	1.59	2.79	1.73	1.69	0.97	2.88	1.62
einsichtig-uneinsichtig	2.44	1.22	2.09	1.32	2.80	1.35	2.86	1.56	2.00	0.82	2.68	1.13
selbstbewusst-unsicher	2.98	1.64	1.89	1.32	3.14	1.68	3.69	2.00	1.85	1.12	3.52	1.65
aggressiv-sanftmütig	4.53	1.55	5.55	1.39	4.57	1.36	3.71	1.65	5.21	1.55	4.00	1.69
lieblos-liebevoll	5.49	1.06	6.16	0.95	5.31	1.16	5.54	1.26	6.00	1.22	5.09	1.80
ehrlich-verlogen	2.79	1.28	1.91	1.36	2.89	1.51	2.04	0.76	1.68	0.82	2.42	1.14
willensstark-willensschwach	2.60	1.12	1.76	1.03	2.69	1.35	2.52	1.34	2.15	1.05	3.29	1.46
reif-unreif	2.66	1.26	1.73	1.27	2.62	1.18	2.89	1.50	1.79	0.92	2.67	1.40
erfolgreich-erfolglos	3.13	1.25	1.71	1.08	3.09	1.24	3.33	1.27	1.82	1.12	2.91	1.08
gesund-krank	2.98	1.76	1.53	1.27	3.11	1.83	2.37	1.39	1.41	0.98	3.00	1.67
ausgeglichene-unausgeglichene	2.98	1.25	2.14	1.30	3.03	1.17	3.00	1.19	2.14	1.46	3.00	1.51
rücksichtslos-rücksichtsvoll	5.40	1.29	5.84	1.26	5.29	1.36	5.41	1.24	6.00	0.94	5.09	1.66
mutig-feige	2.84	1.22	1.89	1.06	2.97	1.32	2.89	1.31	2.07	1.16	3.04	1.65
barmherzig-mitleidlos	2.84	0.99	2.38	1.23	2.81	1.09	2.79	1.13	2.57	1.29	3.04	1.20
freundlich-unfreundlich	2.39	1.00	1.86	0.83	2.27	1.19	2.31	1.17	1.73	0.96	2.38	1.41
unselbständig-selbständig	5.30	1.67	6.09	1.54	5.35	1.45	4.64	1.87	6.38	1.27	4.54	1.79
beherrscht-unbeherrscht	2.76	1.43	2.16	1.58	2.94	1.30	3.15	1.61	1.93	1.02	3.04	1.65
gewissenlos-gewissenhaft	5.56	1.12	6.04	1.26	5.23	1.22	5.31	1.49	5.79	1.20	4.70	1.69

2.4.2 Biographische Variablen

Mittels des χ^2 -Tests wurden nur zwei tendenziell unterschiedliche ($p < 10$) Angaben für die weiblichen und männlichen Körperbehinderten ermittelt: mehr weibliche Jugendliche geben an, "keine religiöse Bindung" und "schulische und berufliche Schwierigkeiten" zu haben.

Im Vergleich mit den normalen Jugendlichen geben Körperbehinderte hochsignifikant ($p < .001$) mehr "Einengung sozialer Kontakte", also Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich und signifikant ($p < .05$) mehr "keine religiöse Bindung" an, liegen bei der ersten Variablen jedoch auch noch signifikant unter den Werten der Jugendlichen mit SMV. In allen anderen biographischen Variablen erreichen die Körperbehinderten jeweils etwa gleiche Prozentwerte wie die Normalen und unterscheiden sich überzufällig von der Klinischen und der SMV-Gruppe (in Richtung unauffälligerer Werte). Dies bestätigt

auch die varianzanalytische Auswertung des Anamnesegesamt-wertes (jeweils 1 Punkt bei zutreffender Angabe, Vgl. Tab.2b), die einen hochsignifikanten Haupteffekt für "klinische Klassifikation" ergab; die verschiedenen Gruppen unterscheiden sich also bezüglich der Gesamtzahl der von ihnen angegebenen und in der Suizidliteratur zu findenden Risikovariablen. Die a posteriori Vergleiche der Mittelwerte zeigten, daß die Körperbehinderten zwar einen signifikant höheren Wert als die Vergleichsgruppe ($p < .001$), im Vergleich mit der Suizid- und klinischen Gruppe jedoch signifikant ($p < .001 / < .05$) niedrigere Werte erreichen.

2.4.3 EYSENCK-Persönlichkeitsinventar (EPI)

"Neurotizismus": Für die SMV- und klinische Gruppe ergaben sich signifikant höhere Werte als für die körperbehinderten Jugendlichen, deren Werte z.T. (KB - ♀) noch unter denen der normalen Jugendlichen liegen.

"Extraversion": Die Körperbehinderten erreichten hier signifikant niedrigere Werte als normale Jugendliche, jedoch höhere als die SMV- und klinische Gruppe.

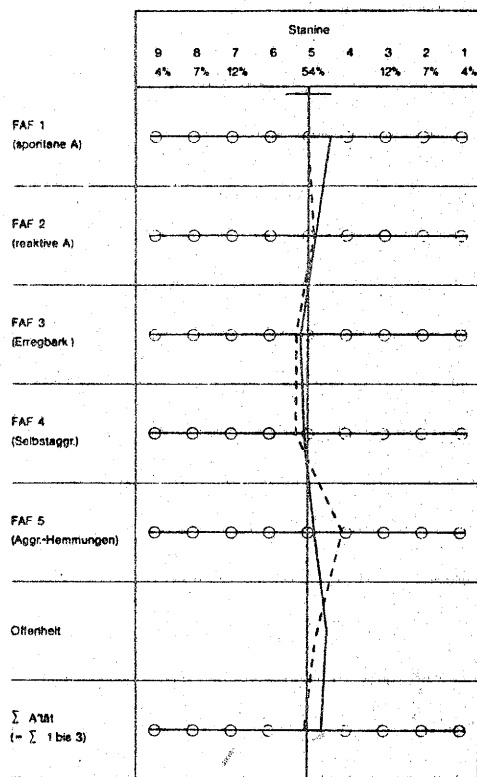
2.4.4 Problemfragebogen für Jugendliche (PFB)

In der Skala "Über mich selbst" ergeben sich für die körperbehinderten Jugendlichen unauffällige Werte. Die Mittelwerte (♂ PR 50, ♀ PR 60) liegen signifikant unter denen der Jugendlichen nach Suizidversuch (bei ♂ auch signifikant unter denen der Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung) und unterscheiden sich nicht überzufällig von den Werten der "normalen" Jugendlichen. Für die Skala "Ich und die anderen" ergeben sich bis auf den Vergleich SMV-♂ - KB-♂ keine überzufälligen Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Körperbehinderten erreichten Werte, die unter denen der klinischen und SMV-Gruppe liegen (♂ PR 40, ♀ PR 55).

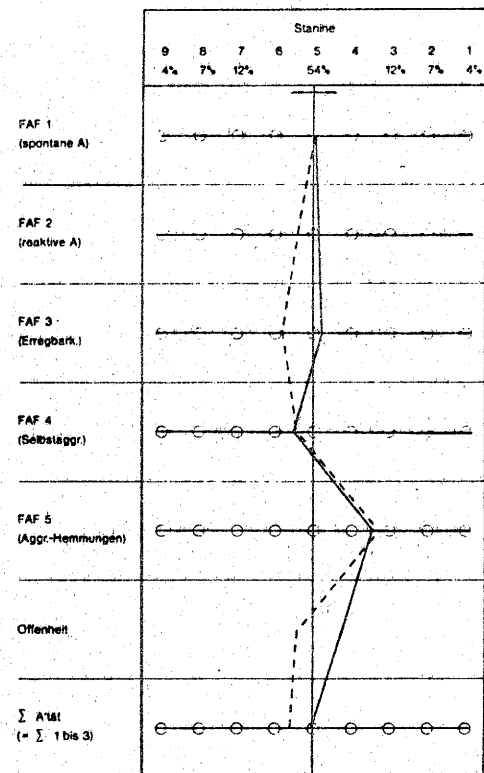
2.4.5 Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)

Die Abb. 1 gibt die mittleren Profile der körperbehinderten Jugendlichen im FAF wieder, jeweils im Vergleich mit denen der normalen Jugendlichen. Auf fast allen Skalen werden unauffällige,

innerhalb des Normalbereichs liegende Werte erreicht. Mit Ausnahme der Skala "Aggressionshemmung", die die männlichen und weiblichen Körperbehinderten signifikant voneinander trennt ($p < .01$) verlaufen die Profile der männlichen und weiblichen Körperbehinderten weitgehend parallel. Im Vergleich mit den normalen Jugendlichen (von der SMV-Gruppe und der klinischen Gruppe lagen zu dieser Skala aus früheren Untersuchungen keine Werte vor) ergibt sich bei keiner Skala ein zuungunsten der Körperbehinderten in Richtung größerer Aggression bzw. Selbstaggression abweichender Wert. Auch der Wert für "Gesamtaggresivität" trennt die Gruppen nicht.



Körperbehinderte ♂ — Vergleichsgruppe ♂ ----



Körperbehinderte ♀ — Vergleichsgruppe ♀ ----

Abb. 1: FAF-Profile der körperbehinderten und unauffälligen Jugendlichen

2.4.6 Selbst-, Idealbilder und vermutete Beurteilung durch die Umwelt (LGS-U)

Die Übereinstimmungen der Beurteilungen und Beurteilungsähnlichkeiten sowie deren Vergleiche wurden auf verschiedene Arten überprüft:

- a) Zunächst wurde innerhalb der einzelnen Gruppen die Ähnlichkeit der Beurteilungen (z.B. Übereinstimmung des Selbst- und Idealbildes) ermittelt.
- b) Die Höhe der Übereinstimmungen wurde dann über die Gruppen verglichen.
- c) Zusätzlich wurden noch die verschiedenen Beurteilungen der einzelnen Gruppen direkt miteinander verglichen (z.B. das Selbstbild der körperbehinderten Jugendlichen mit dem Selbstbild der Jugendlichen nach SMV).

Die Übereinstimmungen (Profilkorrelationen) selbst wurden nach Mittelwertszentrierung (um "Überlagerungseffekte" und somit erhöhte Koeffizienten aufgrund allen Gruppen gemeinsamer sozialer Erwünschtheitsvarianz, was die Ähnlichkeitsschätzungen verzerren könnte, vgl. KENNY 1956, auszuschalten) mittels r_c von COHEN (1969) berechnet. Die Abbildung 2 gibt die mittleren Selbst- und Idealbilder sowie die vermuteten Beurteilungen durch die Umwelt (Looking-Glass-Self - Umwelt: "Wie ich glaube, von der Umwelt gesehen zu werden") der körperbehinderten Jugendlichen, Tabelle 3 a-f die wichtigsten Übereinstimmungskoeffizienten innerhalb und zwischen den verschiedenen Gruppen sowie die Ergebnisse der relevantesten Vergleiche wieder. Die Beurteilungen wurden auch im gemeinsamen Beurteilungsraum dargestellt. Aus diesem Grunde wurden für sie, aufgrund der von SCHMIDTKE (1977) berechneten Faktorenanalyse der für diese Untersuchung benutzten Semantischen Differentiale, Faktorenwerte geschätzt. Der erste Faktor wäre aufgrund der Markiervariablen als "Durchsetzungsfähigkeit und Selbstbewusstsein" (hohe Ladungen z.B. der Skalen stark - schwach, selbständig - unselbständig, erfolgreich - erfolglos), der zweite als "Emotionalitätsfaktor" (hohe Ladungen z.B. der Skalen gefühlvoll - gefühllos, freundlich - unfreundlich, liebevoll - lieblos)

zu interpretieren. Abbildung 3 zeigt die Lage der verschiedenen Beurteilungen (getrennt nach Geschlechtern) im zweidimensionalen Faktorraum.

Im Gegensatz zu dem aufgrund der Literatur zu vermutenden negativen Selbstbild ist bei beiden Geschlechtern der Körperbehinderten durchaus eine positive Selbstdarstellung erkennbar. Obwohl das Selbstbild der Körperbehinderten "negativer" ausfällt, stimmt es am meisten mit dem Selbstbild der normalen Jugendlichen überein (r_c - z-transformiert: ♂ 2.06, ♀ 2.01, am wenigsten mit dem der SMV-Gruppe (r_c - z-transformiert: ♂ .90, ♀ .97) (vgl. auch Abbildung und Tabelle 3). Auch das Idealbild der Körperbehinderten, das im Durchschnitt etwa eine Skaleneinheit "positiver" als das Selbstbild verläuft, fällt zwar insgesamt weniger "positiv" aus, deckt sich aber ebenfalls im wesentlichen in der Tendenz mit dem Idealbild der übrigen Gruppen. Die vermuteten Beurteilungen (LGS-Umwelt) der körperbehinderten Jugendlichen weichen erwartungswidrig nur unwesentlich vom Verlauf ihrer Selbstbilder ab und ähneln am meisten den LGS der "normalen" Jugendlichen.

Die Selbst-/Ideal-Diskrepanzen, wie auch die Ideal-/LGS-Diskrepanzen fallen für beide Geschlechter jeweils bei den Jugendlichen nach SMV signifikant (♂ $p < .01$, ♀ $p < .05$) größer aus als bei den körperbehinderten Jugendlichen. Die Übereinstimmungen der körperbehinderten Jugendlichen bewegen sich in gleicher Höhe wie die der unauffälligen Jugendlichen und unterscheiden sich nicht signifikant von den Werten der "normalen" Jugendlichen.

Aufgrund dieser Ergebnisse ist es daher fraglich, ob die Hypothese, körperbehinderte Jugendliche wiesen generell ein negatives Selbst- und Idealbild, hohe Diskrepanzen zwischen Selbst- und Idealbild sowie Selbstbild und vermuteter Beurteilung durch die Umwelt auf, unmodifiziert aufrecht erhalten werden kann. Zwar beurteilen sie sich negativer als die unauffälligen Jugendlichen, insgesamt ähneln ihre Beurteilungen - wie alle Vergleiche zeigen - jedoch am meisten dieser Gruppe und unterscheiden sich signifikant von den SMV- und den klinischen Gruppen.

Tab. 3: Beurteilungsähnlichkeiten

a) Konzepte innerhalb der Gruppen

Gruppe	Konzeptvergleich ¹⁾		
	Selbstbild/Idealbild	Selbstbild/LGS-Umwelt	Idealbild/LGS-Umwelt
KB ♂	1.84xx ²⁾	2.23xx	1.64xx
KB ♀	1.45xx	1.66xx	1.57xx
SMV ♂	.70xx	.28	-.14
SMV ♀	.62xx	1.36xx	.87xx
KLIN ♂	.94xx	1.13xx	.49x
KLIN ♀	1.20xx	1.62xx	1.44xx
VGL ♂	1.62xx	2.15xx	2.07xx
VGL ♀	1.64xx	2.26xx	1.92xx

1) Verglichen werden verschiedene Konzepte innerhalb der gleichen Gruppe, z.B. das Selbstbild der männlichen Körperbehinderten mit dem Idealbild der männlichen Körperbehinderten.

2) r_c -Koeffizienten nach COHEN (1969), z-transformiert

x = p < .05

xx = p < .01

Die Signifikanzschätzungen wurden auf der Basis von PM-Koeffizienten vorgenommen.

b) Konzepte zwischen den Gruppen

Gruppenvergleich	Konzept ¹⁾		
	Selbstbild	Idealbild	LGS-Umwelt
KB ♂ / KB ♀	1.59xx ²⁾	2.65xx	1.66xx
KB ♂ / SMV ♂	.90xx	2.76xx	.03
KB ♂ / KLIN ♂	1.33xx	2.70xx	.68xx
KB ♂ / VGL ♂	2.06xx	3.11xx	1.76xx
KB ♀ / SMV ♀	.97xx	3.11xx	1.17xx
KB ♀ / KLIN ♀	1.70xx	2.83xx	1.70xx
KB ♀ / VGL ♀	2.01xx	3.25xx	1.55xx
SMV ♂ / KLIN ♂	1.31xx	2.64xx	.30
SMV ♂ / VGL ♂	.91xx	2.80xx	-.10
KLIN ♂ / VGL ♂	1.24xx	1.96xx	.64xx
SMV ♀ / KLIN ♀	1.31xx	2.82xx	1.23xx
SMV ♀ / VGL ♀	.98xx	3.45xx	1.10xx
KLIN ♀ / VGL ♀	1.65xx	2.98xx	1.56xx

1) Verglichen werden die gleichen Konzepte über die Gruppen, z.B. das Selbstbild der männlichen Körperbehinderten mit dem Selbstbild der weiblichen Körperbehinderten.

2) r_c -Koeffizienten, z-transformiert

x = p < .05

xx = p < .01

c) Vergleich der Beurteilungsähnlichkeiten zwischen den Gruppen

Gruppenvergleich Ähnlichkeit zwischen den Konzepten¹⁾

	Selbstbild/ Idealbild	Selbstbild/ LGS-Umwelt	Idealbild/ LGS-Umwelt
KB ♂ vs KB ♀	1.30 ²⁾	1.89	.25
KB ♂ vs SMV ♂	3.80xx	6.46xx	5.91xx
KB ♂ vs KLIN ♂	2.99xx	3.65xx	3.83xx
KB ♂ vs VGL ♂	.73	.27	-1.43
KB ♀ vs SMV ♀	2.77xx	1.01	2.32x
KB ♀ vs KLIN ♀	.82	.12	.43
KB ♀ vs VGL ♀	-.61	-1.96	-1.16

1) Verglichen werden die Beurteilungsähnlichkeiten innerhalb einer Gruppe mit der entsprechenden Beurteilungsähnlichkeit einer anderen Gruppe, z.B. die Ähnlichkeit zwischen Selbst- und Idealbild bei den männlichen Körperbehinderten mit dem entsprechenden Wert der weiblichen Körperbehinderten.

2) t-Wert

x = p < .05

xx = p < .01

d) Vergleich der Ähnlichkeiten zwischen verschiedenen Konzepten innerhalb einer Gruppe

Gruppe Ähnlichkeitsvergleich¹⁾

	Selbst/Ideal vs Selbst/LGS-U	Selbst/Ideal vs Selbst/LGS-U	Selbst/LGS-U vs Ideal/LGS-U
KB ♂	-1.28 ²⁾	.66	1.93
KB ♀	-.69	-.39	.29
SMV ♂	1.38	2.76xx	1.38
SMV ♀	-2.44x	-.84	1.60
KLIN ♂	-.19	1.50	2.12x
KLIN ♀	-1.39	-.79	.60
VGL ♂	-1.74	-1.50	.23
VGL ♀	-2.03x	-.94	1.09

1) Verglichen werden verschiedene Beurteilungsvergleiche innerhalb einer Gruppe, z.B. die Ähnlichkeit des Selbst- und Idealbildes der männlichen Körperbehinderten mit der Ähnlichkeit des Selbstbildes und der vermuteten Beurteilung durch die Umwelt.

2) t-Wert

x = p < .05

xx = p < .01

e) Vergleich der Konzeptähnlichkeit über die Gruppen

Gruppenvergleich	Ähnlichkeitsvergleich ¹⁾		
	Selbstbild vs Idealbild	Selbstbild vs LGS-Umwelt	Idealbild vs LGS-Umwelt
KB ♂ / KB ♀	-3.51xx ²⁾	- .23	3.28xx
KB ♂ / SMV ♂	-6.16xx	2.89xx	9.05xx
KB ♂ / KLIN ♂	-4.55xx	2.15x	6.70xx
KB ♂ / VGL ♂	-3.47xx	1.01	4.48xx
KB ♀ / SMV ♀	-7.10xx	- .68	6.41xx
KB ♀ / KLIN ♀	-3.74xx	.00	3.74xx
KB ♀ / VGL ♀	-4.10xx	1.53	5.64xx

1) Verglichen werden hier die Ähnlichkeiten verschiedener Konzepte über die Gruppen, z.B. Ähnlichkeit des Selbstbildes der männlichen Körperbehinderten mit dem Selbstbild der weiblichen Körperbehinderten wird mit der Ähnlichkeit des Idealbildes zwischen beiden Gruppen verglichen.

2) t-Wert

x = p < .05

xx = p < .01

f) Vergleich der Beurteilungsähnlichkeit zwischen verschiedenen Gruppenkombinationen¹⁾

Gruppenvergleich	Konzeptähnlichkeit		
	Selbstbild	Idealbild	LGS-Umwelt
KB ♂ / SMV ♂ vs KB ♂ / KLIN ♂	-1.426	0.199	-2.156x ²⁾
KB ♂ / SMV ♂ vs KB ♂ / VGL ♂	-3.847xx	-1.161	-5.738xx
KB ♂ / SMV ♂ vs KB ♀ / SMV ♀	-0.232	-1.161	-3.781xx
KB ♂ / KLIN ♂ vs KB ♂ / VGL ♂	-2.421x	-1.360	-3.582xx
KB ♂ / KLIN ♂ vs KB ♀ / KLIN ♀	-1.227	- .431	-3.383xx
KB ♂ / VGL ♂ vs KB ♀ / VGL ♀	.166	- .464	.697
KB ♀ / SMV ♀ vs KB ♀ / KLIN ♀	-2.421x	.929	-1.758
KB ♀ / SMV ♀ vs KB ♀ / VGL ♀	-3.449xx	- .464	-1.260
KB ♀ / KLIN ♀ vs KB ♀ / VGL ♀	-1.028	-1.393	.498

1) Überprüft wird hier die Ähnlichkeit des gleichen Konzepts über verschiedene Gruppen, z.B. die Ähnlichkeit des Selbstbildes zwischen zwei Gruppen wird mit der Ähnlichkeit des Selbstbildes zwischen zwei anderen Gruppen verglichen.

2) t-Wert

x = p < .05

xx = p < .01

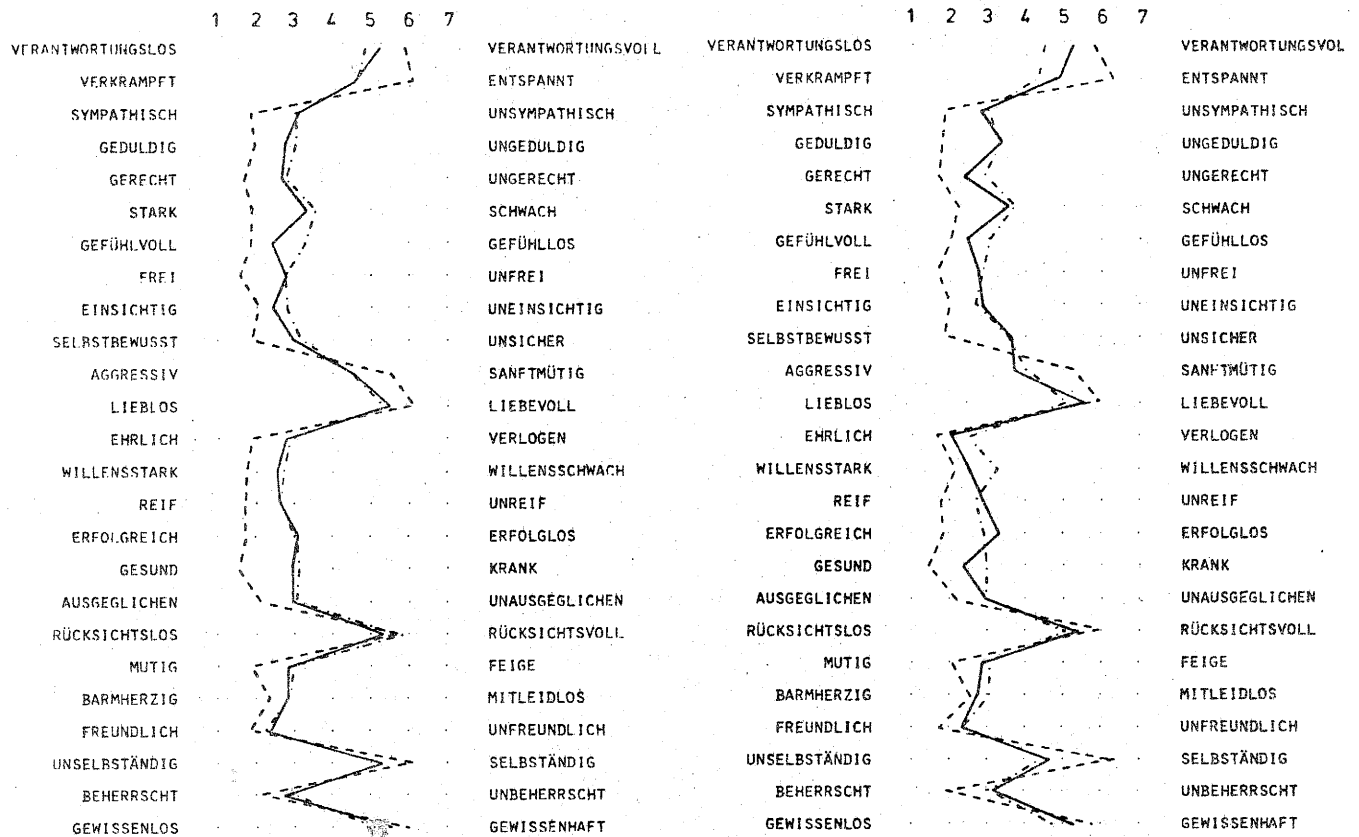


Abb.2: Mittlere Beurteilungsprofile der körperbehinderten Jugendlichen (links ♂, rechts ♀)
 — = Selbstbild, - - - = Idealbild, - · - · - = LGS-U
 ("Wie ich glaube, von der Umwelt gesehen zu werden")

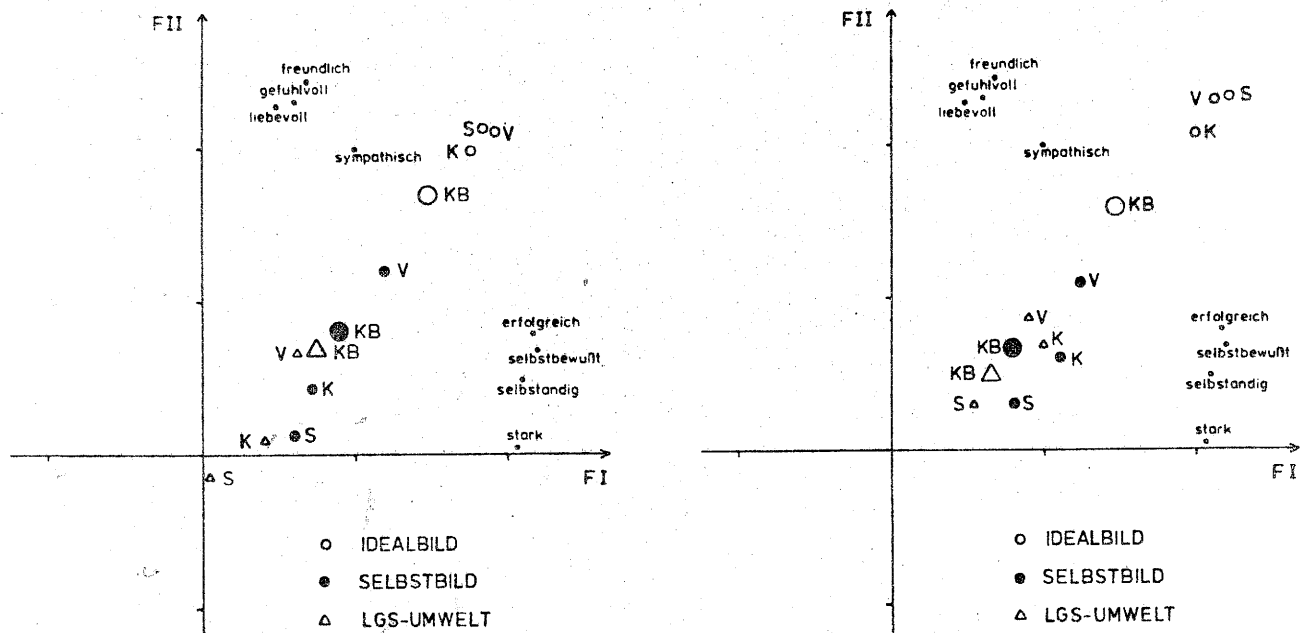


Abb.3: Lage der verschiedenen Beurteilungen der einzelnen Gruppen im zweidimensionalen Beurteilungsraum (links ♂, rechts ♀).
 FI = "Durchsetzungsfähigkeit und Selbstbewußtsein", FII = "Emotionalität". KB = Körperbehinderte, S = SMV-Gruppe, K = psychisch auffällige Jugendliche, V = "normale" Jugendliche. Zusätzlich sind die Ladungen der wichtigsten Markiervariablen eingezeichnet.

2.4.7 Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr

Der Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr (FBS) von STORK (1972) stellt für den deutschsprachigen Raum das erste eigens konstruierte Selbstbeurteilungsverfahren zur Abschätzung des Suizidrisikos dar. Der Test erhebt den Anspruch, sowohl pathognostische als auch pathometrische Angaben zu liefern und soll - quasi als Screening-Verfahren - das frühzeitige Erkennen von zu Suizid neigenden Menschen, zum Beispiel in Schulen, beim Militärdienst und in Betrieben erlauben, sowie bei der Abschätzung der Suizidalität im Einzelfall die diagnostische Aufgabe des Arztes und Psychologen erleichtern (STORK 1972, S.16). Im Testhandbuch selbst werden keine Reliabilitäts- und Validitätskoeffizienten angegeben, SCHMIDTKE & SCHALLER (1976) geben für Jugendliche Stabilitätskoeffizienten im Bereich von .81 bis .85 an, allerdings machen sie bezüglich des diagnostischen Wertes im Einzelfall Einschränkungen. Der Test vermochte zwar SMV-Gruppen gesamthaft überzufällig von unauffälligen Vergleichsgruppen zu trennen, Sensitivität und Spezifität waren jedoch unzureichend.

Da in der vorliegenden Untersuchung zunächst die Hypothese einer generellen Erhöhung des Suizidrisikos für die Gesamtgruppe der Körperbehinderten überprüft werden sollte, schien es gerechtfertigt, das Verfahren trotz dieser Einschränkungen anzuwenden. Abb. 4 gibt die Klassifikationsraten der verschiedenen Gruppen im FBS für die von STORK (1972) angegebenen Kategorien wieder.

Sowohl nach Testmittelwerten (vgl. Tab. 2 c: KB-Gesamtgruppe 16.97 - σ 16.37, η 18.04) als auch den Klassifikationsraten sind die körperbehinderten Jugendlichen als Gesamtgruppe nicht als suizidgefährdet zu bezeichnen. Von allen Gruppen erreichen sie sogar den geringsten Gesamtwert und unterscheiden sich sehr signifikant von den klinischen Gruppen (p jeweils $< .01$). Nur 5% der Körperbehinderten werden in die Kategorie "Normalität zweifelhaft" eingeordnet, 5% als "schwach suizidgefährdet" und 1% als "stark suizidgefährdet" i.S. der Testklassifikationen bezeichnet.

Auch die Faktorenwerte der Körperbehinderten, die aufgrund der von SCHMIDTKE (1979) für den FBS ermittelten Faktorenstruktur errechnet wurden, zeigen auf allen Faktoren eine deutliche Trennung der Körperbehinderten von den klinischen Gruppen. Abb. 5 gibt die Lage der verschiedenen Gruppen auf den ersten drei Faktoren (FI "Depressivität und Selbstunsicherheit", FII "Einstellung zur Selbstdestruktion", FIII "Positive vs negative Erziehungserfahrung") wieder.

Für die Gesamtgruppe der Körperbehinderten korreliert der FBS-Wert am höchsten mit der Skala 4 ("Selbstaggression-Depression") des FAF ($r = .724$, $p < .01$), mit der Skala "Neurotizismus" des EPI ($r = .674$, $p < .01$) und mit den Skalen "Selbst" und "Ich und die anderen" des Problemfragebogens für Jugendliche ($r = .653$ und $.566$, jeweils $p < .01$).

Die Sensitivität des Tests für die Gruppe der Körperbehinderten ist aufgrund der ermittelten geringen Auftretenswahrscheinlichkeit suizidalen Verhaltens in dieser Gruppe ($p = .03$, vgl. Tab. 2a) nur grob abschätzbar. Von den Pbn, die suizidale Verhaltensweisen zeigten, wäre keiner aufgrund des Testergebnisses als "suizidgefährdet" bezeichnet worden.

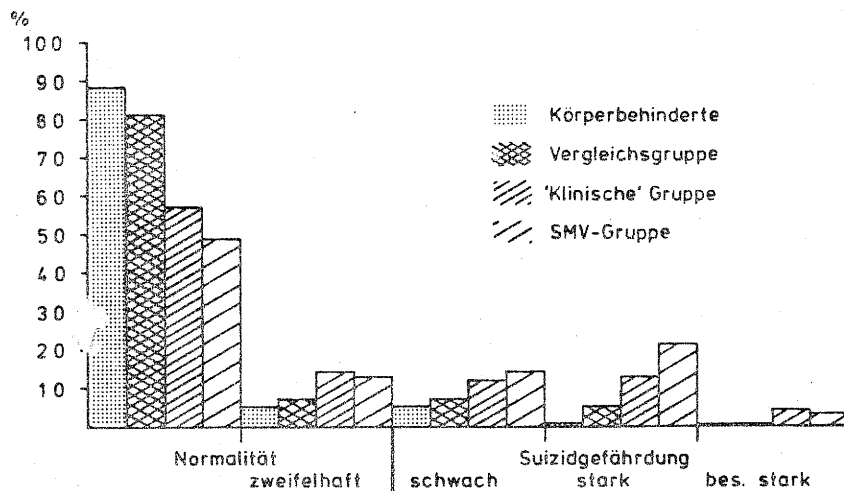


Abb.4: Klassifikationsraten im Fragebogen zur Beurteilung der Suizidgefahr (FBS) von STORK (1972)

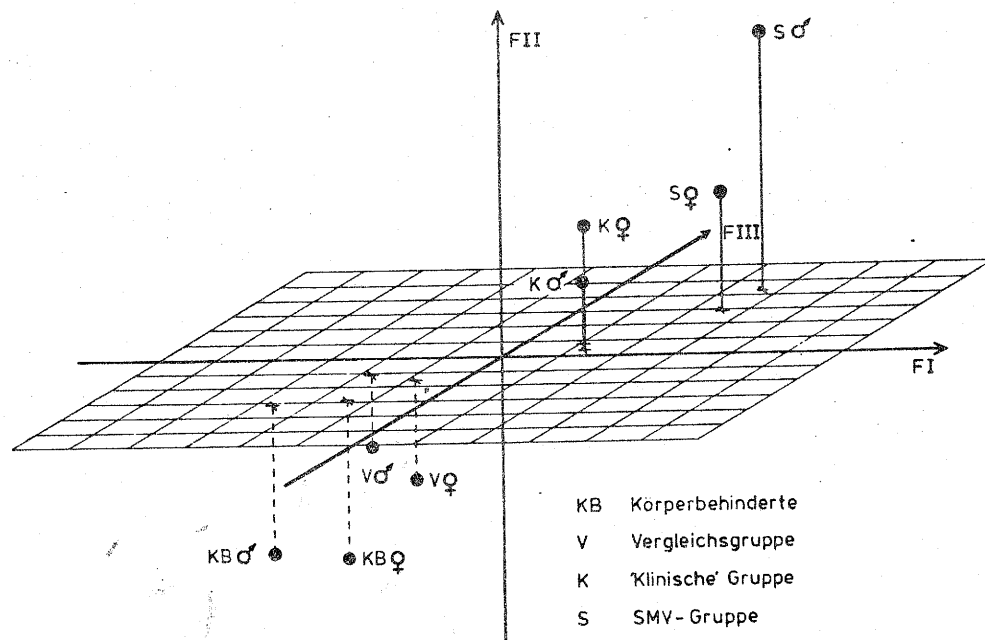


Abb.5: Faktorwerte der verschiedenen Gruppen auf den ersten drei Faktoren des FBS:
 FI = "Depressivität und Selbstunsicherheit"
 FII = "Einstellung zur Selbstdestruktion"
 FIII = "Positive vs negative Erziehungserfahrung"

3. Diskussion

3.1 Probleme bei sozialer Interaktion

Auch in dieser Untersuchung lassen sich für die körperbehinderten Jugendlichen bei einem Teil der Variablen ("Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen", "Extraversion" und "Aggressionshemmung"), die man als "Probleme bei sozialer Interaktion" zusammenfassen könnte, einige der in der Literatur für diesen Bereich berichteten Schwierigkeiten belegen (vgl. z.B. LUTZ 1977). Ähnlich hatten STEINHAUSEN & WEFERS (1977, S.101, 1978) eine geringere Ausprägung von Extraversion bei körperbehinderten Kindern und Jugendlichen festgestellt und vermutet, dem behinderten Kind falle eine konfliktfreie emotionale Integration in die soziale Umwelt schwer und es sei eine Tendenz des sozialen Rückzugs in eine ich-bezogene Welt internalisierter Gefühle, hoher Sensitivität und ausgeprägter Emotionalität vorhanden. Sie hätten mehr Schwierigkeiten in der Anbahnung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, Probleme der sozialen Integration und seien in Gefahr sich zu isolieren. Bei Minderwüchsigen wurde ebenfalls ein solches "Gehemmtheitssyndrom" (STEINHAUSEN 1977f) festgestellt. JANSEN (1977) hatte bei gliedmaßenfehlgebildeten Kindern und Jugendlichen mittels des Subtests "Ich und die anderen" des PFB und der Skala "Kontaktverhalten und soziale Aktivität" des Mannheimer Biographischen Inventars (MBI) allerdings gefunden, daß die Jugendlichen nicht mehr Schwierigkeiten mit sich selbst und ihrer Umwelt haben als nichtbehinderte Altersgenossen und auch eine normentsprechende Einschätzung ihrer Fähigkeit im Umgang mit anderen Menschen abgeben. Auch im Umgang mit dem anderen Geschlecht hatten diese Jugendlichen angeblich wenig Schwierigkeiten (durchschnittlicher Prozentrang in der Skala "Jungen und Mädchen" des PFB: 37.7), allerdings müßte hier - auch nach JANSEN selbst - noch überprüft werden, inwieweit sich Wunsch und Wirklichkeit decken. Für den schulischen Bereich wurden nach dem PFB etwa gleichviel Probleme und Nöte wie von den normalen Jugendlichen angegeben, im MBI dagegen die eigene schulische Leistungsfähigkeit und die Beziehung im Klassenverband weniger gut dargestellt.

Erwachsene Rollstuhlfahrer stellten sich nach JANZOWSKI & ÖSTERWITZ (1977) sogar als kontaktfähiger, kontaktbedürftiger, lebhafter und aktiver dar als eine Vergleichsstichprobe. Zusätzlich fand sich in dieser Untersuchung noch eine Abhängigkeit dieser Werte von der institutionalisiert angebotenen Hilfe, d.h. bei großem Hilfsangebot war die Ausprägung des Extraversionswertes niedriger.

Vergleicht man die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Daten mit den verschiedenen Vergleichsgruppen, lassen sich möglicherweise die auf den ersten Blick divergierenden Ergebnisse der zitierten Untersuchungen integrieren. Zwar weichen die körperbehinderten Jugendlichen von den "normalen" Jugendlichen in Richtung größerer Probleme ab, ihre Werte stimmen mit denen dieser Gruppe jedoch wesentlich mehr überein als mit denen der "klinischen" Gruppen (sowohl den Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung als auch mit Suizidversuch).

3.2 Selbst-, Idealbilder und vermutete Beurteilung durch die Umwelt

Ein ähnlicher Trend zeigt sich auch bei den Ergebnissen der Selbst- und Idealbeurteilung sowie der vermuteten Beurteilung durch die Umwelt. Auch diese Beurteilungen weichen bei den körperbehinderten Jugendlichen im Vergleich zu "normalen" Jugendlichen in negative Richtung ab. Dies gilt für beide Geschlechter und für beide ermittelten Faktoren der Semantischen Differentiale. Diese Faktoren, die als "Durchsetzungsfähigkeit und Selbstbewußtsein" und "Emotionalität" interpretiert wurden, sind aufgrund der sogenannten Konzept-Skalen-Interaktion (vgl. FUCHS 1975) als Spezifizierungen des Potenz- und Bewertungsfaktors aufzufassen. Die Aktivitätsdimension schien zur Differenzierung der hier beurteilten Konzepte keine Relevanz zu haben. Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Bewertungen, die man aufgrund der Ausführungen von PAULUS (1979) erwarten könnte - so sollen Frauen sich verstärkt mit dem körperlichen Aussehen, Männer sich mit der körperlichen Leistungsfähigkeit und Robustheit auseinandersetzen -, ließen sich nur tendenziell ermitteln (allerdings war hier auch nicht spezifisch eine Selbstbeurteilung des eigenen Körpers verlangt worden).

Diese Abweichungen könnten zunächst als Beleg für die eingangs erwähnte Hypothese aufgefaßt werden, Körperbehinderte erlebten ihre Behinderung als Verletzung des Selbstwertgefühls und als Statusminderung (was zu einem weniger positiven Selbst- und Idealbild führen könnte) und die Selbst- und Idealbild-Diskrepanzen Körperbehinderter seien sehr groß und könnten zu psychischen Störungen führen. Negative Selbstbilder, große Selbst- und Idealbild-Diskrepanzen sowie negative vermutete Beurteilungen durch andere sollen nämlich nach verschiedenen Theorien wichtige Kovariaten psychischer Störungen, vor allem depressiven und suizidalen Verhaltens sein (vgl. z.B. MILLER 1968, EPSTEIN 1973, LEONARD 1973, SCHALLER 1973). MILLER (1968) hatte so z.B. bei suizidalen Pt ein deutlich negatives Selbstbild festgestellt, WILSON, BRAUCHT, MISKIMINS & BERRY (1971) hatten gefunden, daß Pt mit Suizidversuchen sich negativer beurteilen als sie glauben, von anderen beurteilt zu werden, und in der Untersuchung von SCHMIDTKE (1977) unterschieden sich suizidale Jugendliche hinsichtlich der Differenzierungen und der "negativen" Richtung der vermuteten Beurteilung überzufällig von Jugendlichen mit anderen psychischen Störungen und "normalen" Jugendlichen. Einschränkungen des Selbstwertgefühls bei rollstuhlabhängigen Erwachsenen stellten auch JANZOWSKI & ÖSTERWITZ (1977) fest und LILLY et al. (1971) führten die 2 Suizide ihrer Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit Nierentransplantation ebenfalls auf den Verlust des Selbstwertgefühls zurück.

Die Selbst- und Idealbildähnlichkeit der in der vorliegenden Studie untersuchten körperbehinderten Jugendlichen ist jedoch sehr hoch. Eine ähnlich hohe Übereinstimmung wurde auch von STEINHAUSEN & WEFERS (1977) mittels eines Polaritätsprofils festgestellt ($r = .91$). Allerdings sagen diese Übereinstimmungen ohne Bezug auf andere Beurteilungen sowie die Beurteilungen anderer Gruppen und deren Ähnlichkeiten zunächst noch nichts aus, da ja beide Beurteilungen gleichsinnig in negative Richtung verschoben sein können, ohne daß sich an der Übereinstimmungshöhe etwas ändert.

Wenn die einzelnen Konzepte wie Ähnlichkeiten jedoch über die Gruppen verglichen wurden, zeigte sich, daß die entsprechenden Werte der klinischen Gruppen (Jugendliche in psychiatrischer Behandlung und SMV-Gruppe) jeweils signifikant "negativer" ausfielen. Von allen Gruppen ähneln die körperbehinderten Jugendlichen am überzufälligsten den "normalen" Jugendlichen. Auch die vermutete Beurteilung durch die Umwelt (LGS) der körperbehinderten Jugendlichen gleicht überzufällig der der normalen Jugendlichen. Hinsichtlich der Meinung SCHÖNBERGER's (1977) bezüglich der negativen vermuteten Beurteilung durch die Umwelt und der daraus abgeleiteten "interaktionalen Dissonanz" zwischen Behinderten und Nichtbehinderten müßten diese Ergebnisse daher zumindest für Gruppen, für die diese Stichprobe als repräsentativ angesehen werden könnte, zu Relativierungen führen, obwohl die reale Beurteilung körperbehinderter Jugendlicher durch Gleichaltrige durchaus negativ zu sein scheint (STEINHAUSEN 1977b) und sich erst durch Kontakt mit den Behinderten selbst in positive Richtung ändert (vgl. HORN 1970).

Nach den Befunden und Ausführungen von FUCHS (1979) könnte nun zwar gegen diese Ergebnisse eingewendet werden, daß Verfälschungstendenzen i.S. der "sozialen Erwünschtheit" auftraten, aufgrund der methodischen Vorgehensweise bei der Verrechnung der Semantischen Differentiale ist dieser Hypothese jedoch nur ein geringer Stellenwert zuzuschreiben.

3.3 Persönlichkeitsschwierigkeiten

Insgesamt ist aufgrund dieser Befunde fraglich, ob sowohl das "soziale Gehemmtheitssyndrom" wie die Selbst- und Idealbild-Abweichungen in Richtung einer generell größeren psychischen Vulnerabilität der körperbehinderten Jugendlichen zu interpretieren wären. Ähnlich hatten auch KORSCH et al. (1973) bei Kindern mit Nierentransplantationen zwar niedrigere Selbstbewertungen im Vergleich zu gesunden Kindern, aber insgesamt nicht mehr Persönlichkeitsstörungen gefunden. Größere Persön-

lichkeitsstörungen werden auch durch die Ergebnisse in einer Reihe weiterer biographischer Variablen und spezifischerer Testverfahren der vorliegenden Untersuchung in Frage gestellt. Zwar gibt auch ein nicht unerheblicher Teil der körperbehinderten Jugendlichen der vorliegenden Untersuchung an, unter "Stressbedingungen" zu leben, im Verhältnis zu altersgleichen Jugendlichen jedoch nicht signifikant häufiger. In der Neurotizismusskala des FPI finden sich ebenfalls keine Hinweise auf größere emotionale Störungen, da die Werte im Normalbereich liegen. Dies deckt sich mit den Befunden von STEINHAUSEN & WEFERS (1977, 1978), die ebenfalls kein generell erhöhtes Risiko einer neurotischen Entwicklung für Körperbehinderte feststellten. Auch die durch den FAF erfaßte Aggression bestätigte die in der Literatur sehr oft berichtete erhöhte Aggression von Körperbehinderten nicht. Auch STEINHAUSEN & WEFERS (1977) hatten keine auffälligen aggressiven Verhaltensdispositionen bei Körperbehinderten und STEINHAUSEN (1977f) bei minderwüchsigen Kindern und Jugendlichen festgestellt. So müßte daher z.B. auch die These bezweifelt werden, fehlende Kompensationsmechanismen führten zu Aggressionen; eher scheint die hier ermittelte Aggressionshemmung wie die Ergebnisse von STEINHAUSEN & WEFERS (1977) die Hypothese zu belegen, daß Körperbehinderte aufgrund ihrer Behinderung nicht in der Lage sind, ihren "Aggressionsstau" "adäquat" abzuführen (KUTSCHKE 1972) und mehr zu übermäßiger Gefügigkeit und Passivität neigen. Auch die Ergebnisse von JANZOWSKI & ÖSTERWITZ (1977) könnte man ähnlich interpretieren, die aufgrund der Erhöhung der Skala 2 des FPI, die verdeckte und phantasierte Aggressionsakte nahelegt und der gleichzeitig niedrigen Werte in Skala 7 (Dominanz) vermuteten, daß die Aggression weniger direkt erfolgt, sondern mehr indirekt gegen Ersatzobjekte gerichtet wird.

Die geringen Werte im FAF auf der Skala Selbstaggression/Depression wie auch im FBS (wenn man berücksichtigt, daß dieser Fragebogen zu einem hohen Anteil depressive Tendenzen erfaßt, vgl. KUDA, 1976), stehen auch im Widerspruch zu den immer wieder in der Literatur zu findenden Behauptungen,

Körperbehinderung stehe generell mit erhöhter Depression im Zusammenhang (vgl. z.B. zusammenfassend FREYBERGER 1972, JANSEN 1975), was jedoch nichts gegen im Einzelfall zu findende Kovariationen (HARBAUER 1971) sagt.

Auch die Subgruppenvergleiche zeigten keine überzufälligen Unterschiede i.S. einer der aufgestellten Hypothesen. Jugendliche mit angeborenen oder früherworbenen Behinderungen wiesen weder weniger noch mehr psychische Störungen auf als Jugendliche mit später erworbenen Behinderungen. Die Ansicht von BELL (1967) und WEIMANN (1978) läßt sich also zumindest für diese Stichprobe nicht belegen, allerdings findet sich auch kein Hinweis, der die konkurrierende Meinung von WEGENER (1959), WRIGHT (1960) oder FREYBERGER (1972) stützen könnte.

Ebenso konnte die aufgrund der Ausführungen von DUBITSCHER (1971), LILLY et al. (1971) und KAMARAS (1974) aufgestellte Hypothese, daß die Sichtbarkeit der Behinderung einen Einfluß auf das psychische Befinden haben könnte, nicht bestätigt werden. Unter Umständen gilt hier das gleiche wie für die Geschlechtsunterschiede, denn auch für die Hypothese, daß männliche Jugendliche größere psychische Störungen und mehr Suizidtendenzen aufweisen, fanden sich keine Hinweise. Die Meinung von WEINBERG (1970) trifft möglicherweise nur im späteren Alter zu. Vielleicht ist ein Teil der gesellschaftsspezifisch aus Körperbehinderung resultierenden Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich (z.B. "Schwierigkeiten bei der Gründung von Familien" oder "berufliche Schwierigkeiten") für den hier untersuchten Altersbereich noch nicht so relevant.

3.4 Suizidgefährdung

Die spezifische Suizidgefährdung körperbehinderter Jugendlicher scheint, soweit sie durch den FBS operationalisiert und durch die biographischen Angaben erfaßt werden kann, sehr gering zu sein. Die Grundwahrscheinlichkeit suizidaler Tendenzen unterscheidet sich nicht überzufällig von der psychisch unauffälli-

ger Jugendlicher und auch im FBS ergaben sich für die Gesamtgruppe insgesamt sehr niedrige Werte. Dieses Verfahren ist, wie mehrmals nachgewiesen wurde, durchaus in der Lage, Kriteriengruppen gesamthaft voneinander zu trennen (vgl. SCHMIDTKE 1976, SCHMIDTKE & SCHALLER 1976), allerdings - und dies zeigt sich auch hier - sind Sensitivität und Spezifität für die Einzelfalldiagnostik bei Stichproben mit geringem Anteil "depressiv-suizidaler" Verhaltenstendenzen ungenügend und die generelle Validität des FBS ist daher wohl in Frage zu stellen (vgl. auch KUDA 1976).

Faßt man die verschiedenen Ergebnisse der einzelnen Verfahren zusammen, so läßt sich - bei allen immer zu erhebenden methodischen Einschränkungen bezüglich Stichprobenauswahl und Verfahren - daher insgesamt wohl sagen, daß, wie bei einigen anderen, neueren empirischen und methodisch abgesicherten Untersuchungen (vgl. z.B. JANSEN 1975, STEINHAUSEN 1977, STEINHAUSEN & WEFERS 1977, 1978), eine Reihe der immer wieder in der Fach- wie in der Populärliteratur bezüglich der psychischen Störungen Behinderter und der damit möglicherweise im Zusammenhang stehenden Suizidgefährdung aufgestellten Hypothesen, ähnlich wie bei den Erwachsenen (vgl. z.B. BRIEFS 1933, WEILER 1947, CAMERON et al. 1971), für die Gesamtheit der körperbehinderten Jugendlichen empirisch nicht belegbar ist. Einschränkend könnte gegen die Testergebnisse zwar eingewendet werden, daß bei den Körperbehinderten möglicherweise eine erhöhte Tendenz besteht, sozial erwünschte Antworten zu geben; aufgrund eines Teils der hier verwendeten Verfahren, wie etwa der Beurteilung mittels Semantischer Differentiale und deren Verrechnung i.S. eines objektiven Persönlichkeitstests - für den Pbn als Test also nicht durchschaubar -, ist dieser Hypothese, wie schon erwähnt, jedoch nur ein geringer Stellenwert zuzuschreiben. Bestätigt werden die vorliegenden Ergebnisse auch durch eine Reihe weiterer, zum Teil in anderem Zusammenhang schon genannter Untersuchungen, die an spezifischeren Stichproben von Körperbehinderten bzw. chronisch schwer Kranken ähnliche - z.T. überraschende - Ergebnisse gefunden hatten. So fanden LILLY et al. (1971) bei 57 Kindern und Jugendlichen nach Nierentransplantationen für einen follow-up - Zeitraum von 1;6

bis 7;9 Jahre zwar zwei Suizide, die sie auf Verlust physischer Attraktivität und dadurch erfolgte Zurückweisung durch Mädchen und Verlust des Selbstwertgefühls zurückführten; sie betonen jedoch insgesamt eine bessere Krankheitsbewältigung dieser Gruppe als bei Erwachsenen. KORSCH et al. (1973) hatten im Vergleich zu gesunden Kindern ebenfalls bei Kindern mit Nierentransplantationen keine größeren Persönlichkeitsstörungen gefunden. STEFFEN et al. (1974) berichten für chronisch niereninsuffiziente Kinder auch zunächst eine depressive Grundstimmung, die sich aber im Verlaufe der Behandlung wesentlich besserte. Die überwiegende Mehrzahl der Kinder habe eine mittlere bis starke Tendenz zur rationalen Verarbeitung ihres Zustandes erkennen lassen. Auch STEINHAUSEN & BÖRNER (1977) (vgl. auch STEINHAUSEN, BÖRNER & KOEPP 1977) hatten festgestellt, daß die psychologische Anpassung juveniler Diabetiker sehr viel besser gelingt, als es Fachleute für möglich hielten. JANSEN (1977) fand ebenfalls insgesamt eine gelungene Integration gliedmaßenfehlgebildeter Kinder und Jugendlicher im Klassenverband und RITTER, ELIAS, POSER & WIKSTROEM (1978) stellten bei Multiple Sklerose-Patienten eine erstaunlich gute soziale und berufliche Integration fest. MOOSHAGE (1978) ermittelte bei adipösen Kindern gleichfalls keine wesentlichen Unterschiede bezüglich persönlicher Probleme und Schwierigkeiten im Vergleich zu normalen Jugendlichen, obwohl z.B. in der Untersuchung von RICHARDSON, GOODMAN, HASTORF & DORNBUSCH (1961) fettleibige Kinder in der Beurteilung durch andere Kinder im Durchschnitt den letzten Rangplatz einnahmen.

Die teilweise bei erwachsenen Körperbehinderten noch zu ermittelnden psychischen Schwierigkeiten und die in einigen Untersuchungen festgestellten Differenzierungen bezüglich Institutionalisierung und Zeit seit Behinderungseintritt (vgl. LILLY et al. 1971; FREYBERGER 1972; KORSCH et al. 1973; STEFFEN et al. 1974; JANZOWSKI & ÖSTERWITZ 1977; WEIMANN 1978) lassen jedoch vermuten, daß sich möglicherweise unter bestimmten Bedingungen aufgrund der Reaktionen der Umwelt (vgl. KLEE 1974) und der

Lernerfahrung im Umgang mit Nichtbehinderten (vgl. SCHÖNBERGER 1977) spezifische Persönlichkeitsvariablen doch ändern könnten. Psychische Behinderungsfolgen und psychohygienische Maßnahmen müßten daher möglicherweise noch differenzierter in Abhängigkeit von Behinderungseintritt und -dauer und damit im Zusammenhang stehenden Reaktionen der Umwelt (vgl. z.B. KUNERT 1976) und sozialen Folgen gesehen werden (etwa wenn z.B. von seit Kindheit an Behinderte später eine Familie gründen wollen bzw. durch die Behinderung bei Erwachsenen ein Statusverlust eintritt).

Für die Gesamtgruppe der jugendlichen Behinderten ist jedoch zunächst aufgrund dieser Ergebnisse der Ansicht von STEINHAUSEN & BÖRNER (1977) sowie STEINHAUSEN, BÖRNER & KOEPP (1977) zuzustimmen, die meinen, das Erfahrungswissen aus dem klinischen Alltag beruhe auf der Konfrontation mit problemhafter und mißlungener Anpassung und man erfahre relativ selten gelungene krisenfreie Anpassungsprozesse. Da das auf diese Weise gewonnene "Wissen" oft als prototypisch für die psychische Anpassung einer Gruppe von chronisch kranken Kindern ausgegeben würde, entstünde vielfach ein verzerrtes Bild der tatsächlichen Gegebenheiten. Vor einer solchen Generalisierung müsse jedoch gewarnt werden.

Auch die Überschätzung des Suizidalitätsrisikos bei der Aufklärung unheilbarer Kranker (vgl. LARBIG 1976) weist u.M. nach in die gleiche Richtung, denn auch hier konnte eine der wenigen Untersuchungen zu diesem Problembereich (vgl. z.B. RITTIN & WILMER, zit. nach LARBIG 1976), die Suizide über einen Zeitraum von 17 Jahren in Minnesota untersuchte, lediglich einen Suizid finden, der direkt auf die Information über die Krankheit zurückzuführen war. Nach DUBOVSKY (1978) ist sogar eher anzunehmen, daß sich das Risiko suizidaler Handlungen verringert, wenn mit den Ptn offen über derartige Tendenzen und Meinungen geredet wird, weil sie sich dann eher akzeptiert und verstanden fühlen, als wenn von Seiten der Behandelnden aus Angst vor möglichen Konsequenzen ("Induzierung des Suizids") vermieden wird, das Thema anzuschneiden.

3.5 Diagnostische Konsequenzen

Für die im einzelnen angewandten Verfahren müßten aufgrund dieser Ergebnisse für diese spezifische Gruppe keine spezifischen Normen aufgrund differentieller Validität und Reliabilität ("differentielle Diagnostizierbarkeit" i.S. von JÄGER, 1978) erstellt und berücksichtigt werden, d.h. die existierenden Normen könnten auch bei Körperbehinderten in der Einzelfalldiagnostik angewandt werden; die allgemeinen Einschränkungen etwa bezüglich der Validität des FBS (vgl. SCHMIDTKE 1976, SCHMIDTKE & SCHALLER 1976, KUDA 1976) oder der anderen Verfahren als Suizidprognoseinstrumentare (vgl. LESTER 1970; BROWN & SHERAN 1973; NEURINGER 1974; PÖLDINGER & SONNECK 1974) gelten natürlich auch hier.

4. LITERATUR

- BARKER, R.G., WRIGHT, B.A., MEYERSON, L. & GONICK, M.R. 1953. Adjustment to physical handicap and illness. New York: Social Science Research Council.
- BAUER, H. 1953. Suicide and public health. California Medicine, 78, 422-424.
- BELL, A.H. 1967. Measure of adjustment for the physically disabled. Psychological Reports, 21, 773-778.
- BLEIDICK, U. 1975. Ursachen der Behinderung unter pädagogischem Aspekt. Zeitschrift für Heilpädagogik, 26, 258-280.
- BLEIDICK, U., HAGEMEISTER, U., KRÖHNERT, O., von PAWEL, B. & RATH, W. 1977. Einführung in die Behindertenpädagogik, Bd.2. Stuttgart: Kohlhammer.
- BOSTOCK, T. & WILLIAMS, C.L. 1974. Attempted suicide as an operant behavior. Archives of General Psychiatry, 31, 482-486.
- BRIEFS, P.J. 1933. Häufigkeit und Motiv des Selbstmordes bei jugendlichen Gebrechlichen. Der Krüppelführer, 6, 277-311.
- BROWN, T.R. & SHERAN, T.J. 1972. Suicide prediction - a review. Life-Threatening Behavior, 2, 67-98.
- BRÜCKMANN, G., KÖBNER, S. & NICKEL, W. 1975. Psychische und psychosoziale Probleme von Querschnittsgelähmten in der medizinischen Rehabilitation. Heidelberg: U.v. Diplomarbeit am Psychologischen Institut.
- CAMERON, P., van HOECK, D., WEISS, N. & KOSTIN, M. 1971. Happiness or life satisfaction of the malformed. Proceedings of the 79th Annual Convention of the American Psychological Association, 641-642.
- COHEN, J. 1969. r_c : a profile similarity coefficient invariant over variable reflection. Psychological Bulletin, 71, 281-284.

- DORPAT, T.L., ANDERSON, W.F. & RIPLEY, H.S. 1968. The relationship of physical illness to suicide. In: RESNIK, H. (Ed.). Suicidal behaviors. Boston: Little Brown, 209-219.
- DUBITSCHER, F. 1971. Lebensschwierigkeiten und Selbsttötung. Stuttgart: Thieme.
- DUBOVSKY, S.L. 1978. Averting suicide in terminally patients. Psychosomatics. 19, 113-115.
- EGGERT, D. 1974. EYSENCK-Persönlichkeits-Inventar (EPI). Göttingen: Hogrefe.
- EPSTEIN, S. 1973. The self-concept revisited. American Psychologist, 28, 404-416.
- FREYBERGER, H. 1972. Psychosomatische Aspekte. In: DEUTSCHE AKADEMIE FÜR MEDIZINISCHE FORTBILDUNG (Hg.). Rehabilitation - Gemeinschaftsaufgabe unserer Gesellschaft. Kongreßbericht, Kassel. Stuttgart: Thieme, 110-111.
- FUCHS, A. 1975. Das Eindrucksdifferential als Instrument zur Erfassung emotionaler Bedeutungsprozesse. In: BERGLER, R. (Hg.). Das Eindrucksdifferential. Bern: Huber, 69-100.
- GOFFMAN, E. 1970. Stigma - Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp.
- HAASER, A. 1975. Behindertenproblematik und Randgruppentheorie. Rehabilitation, 14, 215-221.
- HAMPEL, R. & SELG, H. 1975. Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF). Göttingen: Hogrefe.
- HARBAUER, H. 1971. Die Rolle chronischer Erkrankungen für die psychische Entwicklung des Kindes. In: HARBAUER, H., LEMPP, R., NISSEN, G. & STRUNK, P. (Hg.). Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: Springer, 35-38.
- HORN, H. 1970. Einstellung zu Behinderten. Zeitschrift für Heilpädagogik, 21, 409-416.
- HORN, H. 1975. Einstellungen und Reaktionen gegenüber Behinderten im sozialen Wandel. Zeitschrift für Heilpädagogik, 26, 281-291.

- JÄGER, R. 1978. Differentielle Diagnostizierbarkeit in der psychologischen Diagnostik. Theoretische und empirische Untersuchungen mit Moderatoren. Göttingen: Hogrefe.
- JANSEN, D. 1975. Die Persönlichkeitsstruktur von Körperbehinderten. Weinheim: Beltz.
- JANSEN, D.A. 1977. Zur Integration gliedmaßenfehlgebildeter Kinder und Jugendlicher. Kinderarzt, 8, 1095-1100.
- JANSEN, G.W. 1972. Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten. Neuburgweier: Schindele.
- JANZOWSKI, F. & ÖSTERWITZ, I. 1977. Auswirkungen der Rollstuhlabhängigkeit auf die psychologische Selbstdarstellung. Rehabilitation, 16, 135-146.
- KAMARAS, I. 1974. Die Prevention der jugendlichen Suicidien als pädiatrisches Problem. In: SPEYER, N., DIEKSTRA, R. & Van de LOO, K. (Eds.). Proceedings of the 7th international conference for suicide prevention. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 156-163.
- KENNY, D.T. 1956. The influence of social desirability on discrepancy measures between real self and ideal self. Journal of Consulting Psychology, 20, 315-318.
- KERKHOFF, W. 1976. Statistik hinterfragt: Die Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzbefragung 1974. Zeitschrift für Heilpädagogik, 27, 757-761.
- KLEE, E. 1974. Behinderten-Report. Frankfurt: Fischer.
- KORSCH, B.M., NEGRETE, V.F., GARDNER, J.E., WEINSTOCK, C.L., MERCER, A.S., GRUSHKIN, C.M. & FINE, R.N. 1973. Kidney transplantation in children: psychosocial follow-up study on child and family. Journal of Pediatrics, 83, 399-408.
- KUDA, M. 1976. Zur Vorhersage der Selbstmordtendenzen bei Studierenden. Göttingen: Beratungsstelle für Studierende der Universität. U.v. Manuskript.
- KUHLWEIN, A. 1978. Rehabilitation - Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz? Die Quelle, 29, 626-627.

- KUNERT, S. 1976. Verhaltensstörungen und psychagogische Maßnahmen bei körperbehinderten Kindern. Neuburgweier: Schindele.
- KUTSCHKE, J. 1977. Der Körperbehinderte in Familie und Gesellschaft. Sonderpädagogik, 7, 120-133.
- LAING, R.D., PHILLIPSON, H. & LEE, A.R. 1966. Interpersonal perception, a theory and method of research. London: Tavistock.
- LARBIG, W. 1976. Information und Aufklärung unheilbar Kranker. Medizinische Welt, 40, 1871-1877.
- LAUTERBACH, M. 1977. Suizidales Verhalten - das Ergebnis eines Lernprozesses. Suicidprophylaxe, 4, 106-120.
- LEONARD, C.V. 1973. Self ratings of alienation in suicidal patients. Journal of Clinical Psychology, 29, 423-428.
- LESTER, D. 1970. Attempts to predict suicidal risk using psychological tests. Psychological Bulletin, 74, 1-17.
- LEYENDECKER, C.H. & NEUMANN, K.J. 1978. Erarbeitung eines Intelligenztests für körperbehinderte Kinder - Bericht über einen Forschungsauftrag. Heilpädagogische Forschung, 7, 304-332.
- LILLY, J.R., GILES, G., HURWITZ, R., SCHROTER, G., TAKAGI, H., GRAY, S., PENN, I., HALGRIMSON, C.G. & STARZL, T.E. 1971. Renal homotransplantation in pediatric patients. Pediatrics, 47, 548-557.
- LUTZ, D. 1977. Suizidrisiko bei Körperbehinderten. Mannheim: U.v. Diplomarbeit am Lehrstuhl Psychologie I.
- MCDANIEL, J.W. 1969. Physical disability and human behavior. New York: Pergamon Press.
- MARQUARDT, E., POPFLOW, K. & HILLIG, A. 1976. Psychologische Probleme in Verbindung mit Amputationen. Rehabilitation, 15, 174-181.
- MARUM, O. 1933. Psychologie und Krüppelseele. Der Krüppelführer, 6, 312-343.

- MILLER, D.H. 1968. Suicidal careers. Dissertation Abstracts, 28 A, 4720.
- MOOSHAGE, B. 1978. Kinder mit Adipositas - eine psychologische Studie zu Umwelt-, Verhaltens- und Persönlichkeitsvariablen. Kinderarzt, 9, 155-160.
- MÜNSTER, A. Graf zu. 1940. Ursachen des Selbstmords in Deutschland. Leipzig: U.v. Dissertation.
- NEURINGER, C. (Ed.). 1974. Psychological assessment of suicidal risk. Springfield: Thomas.
- PAESLACK, V. 1977. Der Behinderte und der Kranke als Outcast der Leistungsgesellschaft. Fortschritte der Medizin, 95, 1887-1888.
- PAULUS, P. 1979. Selbstbeurteilung des eigenen Körpers. Psycho, 5, 49-56.
- PÖLDINGER, W. 1968. Die Abschätzung der Suizidalität. Bern: Huber.
- PÖLDINGER, W. & SONNECK, G. 1974. Die Beurteilung des Suizidrisikos. In: SPEYER, N., DIEKSTRA, R.F.W. & Van de LOO, K.J.M. (Eds.). Proceedings of the 7th international conference for suicide prevention. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 71-79.
- Zur REDDEN, J. 1931. Das Problem des Selbstmordes unter den Krüppeln. Zeitschrift für Krüppelfürsorge, 24, 152-155.
- RICHARDSON, S.A., GOODMAN, N., HASTORF, A.H. & DORNBUSCH, S.M. 1961. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. American Sociological Review, 26, 241-247.
- RITTER, G., ELIAS, W., POSER, S. & WITSTROEM, J. 1978. Multiple Sklerose - Einstellung zum Leben bleibt positiv. Medical Tribune, 13(12), 47. (Kongreßbericht)
- ROZUMEK, A. 1931. Tatsachen und Gedanken zum Problem des Leiberlebnisses und Selbstgefühls bei Krüppeln. Der Krüppelführer, 4, 312-343.
- SACHSSE, R. 1978. Besonderheiten des jugendlichen Diabetikers. Kinderarzt, 9, 1345-1348.

- SCHALLER, S. 1973. Versuch einer Standardisierung und Validierung von Personwahrnehmungsindices. Saarbrücken: U.v. Diplomarbeit am Psychologischen Institut.
- SCHMIDT, M.H. 1975. Psychische Reaktionen und psychische Führung chronisch kranker Kinder. Deutsches Ärzteblatt, 14, 971-974.
- SCHMIDT, M.H. 1976. Zum Begriff der Behinderung aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift für Heilpädagogik, 27, 437-440.
- SCHMIDTKE, A. 1976. Möglichkeiten psychometrischer Verfahren bei der Abschätzung suizidalen Verhaltens Jugendlicher. Suicidprophylaxe, 3, 108-131.
- SCHMIDTKE, A. 1977. "Feldabhängigkeit" und Metaperspektiven suizidaler Jugendlicher. In: TACK, W.H. (Hg.). Bericht über den 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Bd.2. Göttingen: Hogrefe, 199-201.
- SCHMIDTKE, A. 1979. Zur Dimensionierung von Fragebogen zur Erfassung der Suizidalität bei Jugendlichen. Mannheim: In Vorbereitung.
-
- SCHMIDTKE, A., GROFFMANN, K.J. & SCHALLER, S. 1978. Selbst- und Idealbilder von Studenten des ersten und zweiten Bildungsweges und ihre vermutete und reale Beurteilung durch Hochschullehrer. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 25, 90-100.
- SCHMIDTKE, A. & SCHALLER, S. 1976. Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr. Kinderarzt, 7, 1161-1164.
- SCHÖNBERGER, F. 1977. Sozialpsychologie im Kontext einer handlungsorientierten Pädagogik der Körperbehinderten - Ein Grundriß, I. Teil. International Journal of Rehabilitation Research, 1, 35-50.
- SHONTZ, F.C. 1971. Physical disability and personality. In: NEFF, W.S. (Ed.). Rehabilitation psychology. Washington: American Psychological Association, 33-73.

- STEFFEN, H., GRUBEL-KAISER, S., MEHLS, O., SCHÜLER, H.W. & SCHÄRER, K. 1974. Psychische Reaktionen chronisch niereninsuffizienter Kinder auf intermittierende Hämodialyse und Nierentransplantation. Zeitschrift für Kinderheilkunde, 116, 115-126.
- STEINHAUSEN, H.C. 1977a. Psychologische und sozialmedizinische Aspekte chronischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt, 74, 2953-2956.
- STEINHAUSEN, H.C. 1977b. Psychologie chronischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Fortschritte der Medizin, 95, 1089-1092.
- STEINHAUSEN, H.C. 1977c. Krankheitsstatus und soziale Situation erwachsener Patienten mit Hämophilie. Fortschritte der Medizin, 95, 1231-1234.
- STEINHAUSEN, H.C. 1977d. Soziale Entwicklung und Krankheitsverlauf bei Jungen mit Hämophilie. Klinische Pädiatrie, 189, 229-233.
- STEINHAUSEN, H.C. 1977e. Die Persönlichkeit von Eltern chronisch kranker Kinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 26, 197-202.
- STEINHAUSEN, H.C. 1977f. Zur Psychoendokrinologie des Minderwuchses im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 5, 346-359.
- STEINHAUSEN, H.C. & BÖRNER, S. 1976. Psychologische Anpassung jugendlicher Diabetiker. In: WEBER, B. (Hg.). Ambulante Langzeitbehandlung diabetischer Kinder und Jugendlicher. Stuttgart: Enke, 49-54.
- STEINHAUSEN, H.C., BÖRNER, S. & KOEPP, P. 1977. The personality of juvenile diabetics. Pediatric and Adolescent Endocrinology, 3, 1-7.
- STEINHAUSEN, H.C. & WEFERS, D. 1977. Körperbehinderte Kinder und Jugendliche. Weinheim: Beltz.

- STEINHAUSEN, H.C. & WEFERS, D. 1978. Die Persönlichkeit des körperbehinderten Kindes und Jugendlichen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 27, 161-164.
- STEWART, I. 1957. Organic disease and suicide. Lancet, 1, 1355.
- STEWART, I. 1960. Suicide: the influence of organic disease. Lancet, 2, 919-920.
- STORK, J. 1972. Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr. Salzburg: Müller.
- SÜLLWOLD, F. & BERG, M. 1967. Problemfragebogen für Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- WEGENER, H. 1959. Die psychologische Problematik des körperbehinderten Kindes. In: WEWETZER, H. (Hg.). Pädagogische Psychologie (= Handbuch der Psychologie, Bd.10). Göttingen: Hogrefe, 435-451.
- WEILER, K. 1947. Zur Frage des Zusammenhanges von Selbsttötungen mit Körperschäden. Medizinische Monatsschrift, 1, 27-32.
- WEIMANN, G. 1978. Körperlich Behinderte - Wer bewältigt sein Leben am besten? Medical Tribune, 13(12), 24. (Kongreßbericht).
- WEINBERG, S. 1970. Suicidal intent in adolescence: a hypothesis about the role of physical illness. Journal of Pediatrics, 77, 579-586.
- WILSON, L.T., BRAUCHT, G.N., MISKIMINS, R.W. & BERRY, K.L. 1971. The severe suicide attempter and self-concept. Journal of Clinical Psychology, 27, 307-309.
- WRIGHT, B. 1960. Physical disability - a psychological approach. New York: Harper & Row.
- ZUMPE, L. 1966. Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. In: HAFFTER, C., WAAGE, G. & ZUMPE, L. (Hg.). Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. (= Psychologische Praxis, Heft 39). Basel: Karger, 1-26.